CUPRINS

I. Hipnoza – de la magie la psihoterapia modernă

Hipnoza nu este un fenomen supranatural, ci doar o stare modificată de conștiință, asemănătoare cu relaxarea sau cu stările meditative specifice unor culturi orientale.

Fenomene similare cu cel hipnotic se întâlnesc frecvent în viața cotidiană. Astfel, cineva poate fi atât de absorbit de lectura unui roman sau de vizionarea unui film la televizor, încât nu mai aude soneria de la ușă sau se poate lăsa furat de gânduri în asemenea măsură, încât nu mai înregistrează ce-i spune interlocutorul cu care tocmai discută. Se apropie de hipnoză și fenomenele de reverie, în timpul căreia, dominați de propriile construcții imaginative, parcă ne transpunem în alte locuri și trăim alte stări decât cele legate de realitatea imediată, precum și fenomenele de extaz religios care se întâlnesc frecvent la adevărații credincioși.

Șoferul care conduce noaptea și este fascinat de dunga luminoasă a șoselei, care îi produce o îngustare a câmpului conștiinței ce se poate uneori solda cu accidente, este și el victima unei stări asemănătoare cu hipnoza. Aceste stări le denumim în limbaj comun cu ajutorul unor termeni ca: „a te lăsa furat", „a fi pe altă lume" etc. Cei care trăiesc astfel de stări își orientează de fapt gândurile în interiorul lor.

Fenomenele de tip hipnotic au fost descrise încă din antichitate și continuă să se întâlnească frecvent în practicile magice specifice culturilor primitive. Posibilitățile hipnozei au fost când exagerate, așteptându-se de la cei care o practicau adevărate minuni, rezolvarea unor cazuri pe care nu le puteau soluționa alte metode medicale sau psihologice, când minimalizate sau chiar negate de către sceptici, care însă nu făcuseră suficiente eforturi pentru a cunoaște metoda în detaliu.

Se pare că un deserviciu însemnat i-au făcut hipnozei apropierea exagerată a acesteia de fenomenele parapsihice, considerându-se că persoanele care o practică trebuie să dispună neapărat de forțe supranaturale, cât și performanțele

hipnotizatorilor de estradă care au îndepărtat pe mulți cercetători serioși de acest domeniu.

De asemenea, multe lucrări din domeniul literaturii științifico-fantastice au accentuat ideea că subiectul hipnotizat devine un fel de robot uman, controlat pe căi paranormale de către cel care a indus hipnoza, ceea ce a generat temeri nejustificate din partea unor pacienți care ar fi putut beneficia de avantajele acestei tehnici.

Putem vorbi de hipnoza modernă o dată cu experiențele medicului austriac Franz Anton Mesmer (1734-1815), care a descris hipnoza și stările specifice acesteia sub denumirea de „magnetism animal". Sistemul de tratament utilizat de Mesmer a fost ironizat de către medicina din acea perioadă din cauza manierei teatrale în care aborda el pacienții: subiectul era introdus într-un fel de butoi cu apă, fiind înconjurat de sârme și de tot felul de magneți, care aveau menirea să pună în evidență fluidul denumit „magnetism animal". Adesea, pacienții sugestibili erau cuprinși de convulsii.

O comisie instituită în anul 1784 de către regele Franței, comisie din care a făcut parte și Franklin, ambasadorul Statelor Unite, a primit însărcinarea să cerceteze experimentul „magnetismului animal". Comisia respectivă a ajuns la concluzia că aceasta nu era altceva decât un rezultat al imaginației.

Deși Mesmer a fost discreditat, teoriile sale fiind nefondate științific, mulți pacienți continuau să se vindece prin metodele sale, și aceasta a întărit convingerea că, deși teoriile erau greșite, totuși fenomenul respectiv exista cu adevărat.

De hipnoză s-a folosit și abatele Johann Joseph Gassner (1717-1799), cunoscut exorcist din Elveția, care avea darul de a alunga „forțele negative" ce puneau stăpânire pe pacient.

Medicul englez John Elliotson (1791-1863) a realizat primele intervenții chirurgicale în stare de transă hipnotică, iar James Esdaile, medic scoțian (1808-1856), a raportat un număr de 345 operații de chirurgie majoră realizate în India, în somn hipnotic (cf. E. Hulgard și J. Mildrad, 1975).

Termenul de hipnoză este introdus de englezul James Braid (1795-1860), de la grecescul *hypnos* care înseamnă somn, el considerând hipnoza ca pe un „somn nervos".

O atenție deosebită este acordată hipnozei de către cele două școli ale psihiatriei franceze, Școala de la Salpêtri□re, reprezentată de Jean-Martin Charcot (1835-1893), și Școala de la Nancy, al cărui reprezentant de seamă a fost Hyppolyte Bernheim (1840-1919).

Dacă Charcot considera hipnoza ca pe un fenomen patologic, specific isteriilor, dimpotrivă, Bernheim susținea că hipnoza este un fenomen normal, rezultat al sugestiei. Acesta din urmă a fost în mare măsură influențat de rezultatele deosebite ale unui medic de țară – Liebeault (1823-1904), care folosea și el cu succes hipnoza.

Utilizarea în scopuri terapeutice a hipnozei a fost susținută și de succesele cunoscuților psihiatri Breuer și Freud. Ulterior, Freud a abandonat hipnoza în favoarea propriei sale teorii și metode – psihanaliza – ceea ce a făcut ca, pentru moment, interesul pentru hipnoză să înregistreze un regres.

În 1889 a avut loc primul Congres internațional de hipnoză terapeutică și experimentală și, cam în aceeași perioadă, marii teoreticieni în domeniul psihologiei au început să se intereseze de fenomenul hipnotic. Astfel, Wilhelm Wundt a scris o lucrare despre hipnoză.

William James include un capitol dedicat hipnozei în celebra sa lucrare „Principiile psihologiei", iar Pierre Janet abordează și el hipnoza din perspectiva disocierilor de personalitate.

În timpul primului război mondial, McDougal a tratat, cu ajutorul hipnozei, soldați aflați în stare de șoc.

Un pas important în dezvoltarea hipnozei științifice îl reprezintă lucrarea lui Clark Hull (1933) – „Hipnoză și sugestibilitate".

Și în timpul celui de-al doilea război mondial, hipnoza a fost utilizată cu succes în tratamentul nevrozelor de război. Apoi, treptat, aplicațiile ei s-au extins în stomatologie și obstetrică.

În anul 1955, Asociația medicală britanică și în 1958, Asociația medicală americană au hotărât ca hipnoza să fie inclusă ca disciplină de învățământ în școlile medicale, iar în anul 1960, Asociația Psihologilor Americani a recunoscut oficial utilizarea terapeutică a hipnozei de către psihologi.

La ora actuală există, în afară de societățile naționale, Societatea europeană de hipnoză, Societatea internațională de hipnoză și Societatea de hipnoză „Milton Erickson", după numele fondatorului ei, unul dintre cei mai talentați și mai creativi hipnoterapeuți ai lumii.

În vara anului 1996 a avut loc în Ungaria (Budapesta) cel de-al șaptelea Congres de hipnoză în psihoterapie și medicină psihosomatică la care au luat parte peste 900 de medici și psihologi din aproape toate țările lumii, incluzând și țara noastră.

Hipnoza are o serie de aplicații practice, atât în clinică, pentru psihoterapie, cât și în alte domenii de activitate, unde se urmărește optimizarea performanțelor umane. Astfel, ea pătrunde tot mai mult în pregătirea psihologică a sportivilor de înaltă performanță, precum și a cosmonauților pentru obținerea unui echilibru emoțional de nivel superior, pentru perfecționarea capacității de concentrare a atenției, dezvoltarea deprinderilor motrice, cât și pentru o mai bună autoreglare a comportamentului în ansamblu. De tratament hipnotic pot

beneficia şi artiştii cu trac de scenă sau elevii şi studenţii hiperemotivi, care au tendinţa de a se bloca la examene obţinând rezultate sub posibilităţile lor reale.

Cercetările din ultimii ani au demonstrat că hipnoza poate contribui şi la creşterea eficienţei învăţării, precum şi la dezvoltarea unor disponibilităţi creative latente.

În clinică, hipnoza se aplică în foarte multe domenii. Astfel, ea se foloseşte cu succes în chirurgie, pentru realizarea unor operaţii fără anestezie sau cu o cantitate redusă de anestezice, atunci când subiectul prezintă intoleranţă la astfel de substanţe sau când acestea lipsesc (în condiţii de izolare, luptă etc.). Hipnoza s-a dovedit utilă şi pentru reducerea anxietăţii preoperatorii, precum şi pentru realizarea unei evoluţii postoperatorii cât mai bune şi mai rapide. Un domeniu unde hipnoza poate face foarte mult îl reprezintă combaterea durerii; este vorba de durerile din bolile cronice, de migrene, precum şi de cele ce apar în timpul naşterii sau al unui tratament stomatologic. În medicina psihosomatică, hipnoza se utilizează în terapia unor afecţiuni care vizează aparatele şi sistemele cardio-vascular, respirator, digestiv sau endocrin (tahicardie, hipertensiune arterială, vărsături, colici, colite, astm bronşic, obezitate, tulburări sexuale etc.). Ea are, de asemenea, aplicaţii în domeniul unor afecţiuni dermatologice (prurit, psoriazis, reacţii alergice, tratamentul negilor) şi în recuperarea unor deficienţe motorii produse de accidente vasculare sau traumatisme.

Sfera cea mai largă de aplicaţie o are tratamentul prin hipnoză în cazul afecţiunilor nevrotice (reacţii de tip fobic, atacuri de panică, anxietate, tulburări ale atenţiei şi memoriei).

Cercetări recente au evidenţiat faptul că prin hipnoză s-ar putea influenţa favorabil chiar evoluţia unor boli grave, cum ar fi cancerul şi SIDA. Astfel, la penultimul congres european de hipnoză din 1990, Simonton (S.U.A.) a elaborat o lucrare denumită „Rolul psihoneuroimunologiei – consilierea şi factorul psihic în cancer". Specialistul german Lenk (1990) a condus un seminar practic dedicat utilizării hipnozei în cancer, iar un coleg al său, tot german, Otremba (1990), a prezentat date clinice şi experimentale încurajatoare obţinute pe pacienţi bolnavi de SIDA.

Adepţii psihoterapiei, printre care includem hipnoterapeuţii, au ajuns la concluzia că, dacă prescriem medicamente pentru tulburări de natură psihologică, nu facem decât să mascăm problema reală.

Înţelepţii orientali spuneau că dăruind cuiva un peşte îi vom potoli foamea pentru câtva timp, dar dacă îl învăţăm să pescuiască el va fi capabil să-şi procure hrana pentru tot restul zilelor. La fel, dacă îi învăţăm pe pacienţi, prin intermediul hipnozei şi apoi al autohipnozei (hipnoza realizată de pacient singur, în absenţa terapeutului), cum să se vindece şi să rămână sănătoşi, cum să-şi rezolve

problemele de viaţă, le punem la dispoziţie un mijloc care îi va putea ajuta să-şi menţină echilibrul sufletesc şi o stare bună de sănătate tot restul vieţii.

Majoritatea oamenilor nu sunt conştienţi de resursele interioare de care dispun, ei ignorând faptul că există o cale de a intra în contact cu aceste resurse pentru a ameliora şi menţine sănătatea şi pentru a se autoperfecţiona fizic şi psihic. Mentalul conştient al omului îl ajută să rezolve o serie de probleme, să înţeleagă diverse situaţii doar la nivel logic. Trebuie deschise şi căile pentru cunoaşterea intuitivă care are loc prin mecanisme subconştiente, şi aceasta se face mai uşor cu ajutorul relaxării, hipnozei şi autohipnozei.

Definiţiile cele mai utilizate la ora actuală pentru terapia hipnotică sunt următoarele (Yapko, 1995, p. 8):

1. Hipnoza reprezintă un demers de imaginaţie dirijată. Hipnotizatorul, o altă persoană (în heterohipnoză) sau subiectul însuşi (autohipnoză), acţionează în sensul ghidării unor experienţe bazate pe fantezie (Barber, Spanos şi Chaver, 1974; Barber, 1979).

2. Hipnoza reprezintă o stare modificată de conştiinţă cu caracter natural. Subiectul intră în starea hipnotică denumită transă, stare care este diferită de cea normală de veghe şi care nu este indusă artificial, prin consum de substanţă sau prin intermediul altor procedee fizice (Ludwig şi Levine, 1965; Ludwig, 1966; Tart, 1969).

3. Hipnoza reprezintă o stare de relaxare în care sugestibilitatea subiectului se accentuează. Acesta intră într-o stare de destindere fizică şi psihică profundă, în care devine mai receptiv la sugestii (Miller, 1979; Edmonston, 1991).

4. Hipnoza reprezintă o stare de concentrare intensă care presupune focalizarea selectivă asupra unei singure idei sau stimul senzorial o anumită secvenţă de timp (Spiegel şi Spiegel, 1987).

În ceea ce priveşte demersul psihoterapeutic, intervenţia clinică poate fi considerată ca o serie de procese de comunicare între terapeut şi client (pacient) (Watzlawick, 1978; Araoz, 1985). Indiferent de orientarea teoretică, terapeutul va utiliza relaţia de comunicare atât pentru evaluarea pacientului, cât şi în calitate de vehicul al schimbării terapeutice prin intermediul căreia persoana aflată în dificultate va fi dirijată să acţioneze diferit, într-o manieră considerată mai adaptativă (Zeig şi Rennick, 1991).

Yapko (1995) leagă, la rândul său, hipnoza de procesul de comunicare şi influenţă interpersonală. Dacă se renunţă la abordarea hipnozei într-o manieră pasivă, ca fiind o stare subiectivă internă a individului, deplasându-se accentul asupra relaţiei de comunicare interpersonală prin intermediul căreia terapeutul sugerează clientului să trăiască anumite experienţe cu caracter psihoterapeutic, se deschid noi perspective în direcţia înţelegerii mecanismelor hipnozei.

Privit din această perspectivă, hipnoterapeutul trebuie să fie un „comunicator" eficient, pentru a obține rezultate în terapie. Este necesar ca acesta să fie în măsură să recunoască și să accepte stilurile de gândire ale celorlalți, să comunice în așa fel încât pacienții să se simtă înțeleși pe unul sau mai multe planuri și să devină capabili să-și integreze experiențele subiective în propriul lor avantaj (Gilligan, 1987).

În cadrul acestui mod de abordare se pune un accent mai redus pe ritual sau profunzimea transei, terapeutul fiind mai mult preocupat de aspectele de comunicare interpersonală.

Bellet (2002, p. 142-144) ne spune ce **nu** este hipnoza:

1. Hipnoza nu este un ritual.

Studiile clinice de dată recentă au demonstrat faptul că practicarea ritualizată a hipnozei nu sporește eficacitatea terapiei, relativ puțini pacienți fiind sensibili la aceste aspecte.

2. Hipnoza nu este un tratament în sine.

Procesarea terapeutică prin intermediul sugestiilor are consecințe benefice asupra subiectului.

3. Hipnoza nu se datorează unor forțe paranormale ale terapeutului.

Prejudecata conform căreia hipnoza l-ar putea determina pe pacient să reacționeze la orice fel de sugestii n-are nici o bază reală. Studiile au demonstrat faptul că subiectul hipnotizat își conservă integritatea morală și nu se supune nici unei sugestii care vine în contradicție cu propriul său sistem de valori.

4. Hipnoza nu reprezintă o stare de hipersugestibilitate pasivă.

Pentru a se putea realiza, hipnoza presupune o relație de comunicare activă din partea pacientului. Acesta reacționează simultan pe mai multe planuri și devine autonom o dată cu însușirea tehnicii de autohipnoză.

În practică nu s-a dovedit necesară aplicarea testelor de sugestibilitate asupra pacienților pentru a-i selecționa, hipnoza modernă reprezentând o tehnică interrelațională.

5. Hipnoza nu reprezintă un har.

Hipnoza presupune utilizarea și dezvoltarea unor particularități psihofiziologice obișnuite care variază de la individ la individ, indiferent dacă acesta se află în postura de terapeut sau de pacient.

6. Hipnoza nu presupune o stare de depersonalizare, după cum au demonstrat numeroasele cazuri clinice.

7. Hipnoza nu este un panaceu universal.

Deși hipnoza are efecte terapeutice evidente, ea nu poate rezolva totdeauna toate problemele psihopatologice și doar șarlatanii o consideră un panaceu universal.

8. Hipnoza nu are la bază fenomene de conformism sau complezență.

Complezența nu ar putea explica modul în care se produce anestezia prin hipnoză în cazul intervențiilor chirurgicale.

9. Hipnoza nu reprezintă un „ser al adevărului".

Amintirile uitate descoperite cu ajutorul hipnozei nu au valabilitate decât dacă sunt validate prin intermediul unor criterii exterioare, deoarece subiectul hipnotizat poate furniza date ce țin de memorie sau imaginație. Din acest motiv, utilizarea hipnozei în scopuri medico-legale nu este admisă.

10. Hipnoza nu este o psihoterapie de suprafață.

Prin intermediul hipnozei nu se abordează chiar simptomele, așa cum afirmă psihanaliștii, ci se pun în acțiune și disponibilitățile latente ale ființei umane.

Caracterizarea generală a fenomenului hipnotic

Marcuse (1959) subliniază faptul că hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință, produsă prin repetarea unor stimuli și în care sugestia este mai eficientă decât în mod obișnuit.

Majoritatea specialiștilor definesc hipnoza ca o stare indusă, de regulă în mod artificial, asemănătoare cu somnul, dar în același timp diferită de acesta din punct de vedere fiziologic, stare caracterizată prin sugestibilitate crescută, datorită căreia pot fi induse subiectului, mai ușor decât în stare normală, o serie de modificări senzoriale, perceptive, mnezice și motorii (după Weitzenhoffer, 1963).

Prin hipnoză se realizează deci o stare de hipersugestibilitate selectivă, produsă subiectului prin anumite proceduri specifice, de natură fiziologică sau/și psihologică de către o altă persoană (hipnotizator) sau de către subiectul însuși (în cazul autohipnozei).

În timpul hipnozei pot fi induse o serie de modificări spectaculoase ale proceselor psihice și ale comportamentului, modificări ce pot îmbrăca aspecte pozitive sau negative în funcție de conținutul sugestiilor administrate (Gheorghiu, 1977). Astfel, pot fi produse:

A. *Modificări ale sferei senzoriale, iluzii* (perceperea distorsionată a unor obiecte existente în realitate), halucinații (percepții fără corespondent în realitate), precum și modificarea unor praguri senzoriale: *hiperestezie* – accentuarea sensibilității, *anestezie* – reducerea generală a sensibilității și *analgezie* – reducerea sensibilității la durere. Datorită acestor efecte, este posibilă utilizarea hipnozei în combaterea durerii.

B. *Modificări prosexice* (ale atenției): în hipnoză se produce o orientare selectivă a atenției, care este îndreptată predominant spre sugeratiile terapeutului și într-o mai mică măsură spre stimulii ambianței.

C. *Modificări mnezice* (ale memoriei): prin hipnoză se poate obține o amnezie uitare totală sau parțială a unor obiecte, evenimente, date, după cum se poate produce o hipermnezie sau accentuare a funcției mnezice, subiectul reținând și redând mai ușor și mai exact materialul memorat.

D. *Modificări în sfera gândirii:* în urma inducției hipnotice, la unii subiecți poate să funcționeze ceea ce specialiștii numesc „logica transei", datorită căreia ei acceptă ca fiind logice situații pe care nu le-ar considera ca atare în stare normală. De pildă, subiectul, în urma sugerării faptului că este preșcolar, se comportă ca un copil de 6 ani și poate discuta în același timp cu soția sa, fără ca acest lucru să i se pară ciudat sau nepotrivit.

E. *Modificări în domeniul activității motorii:* relaxare musculară, acțiuni automate, rigiditatea corpului, menținerea timp îndelungat a unor poziții incomode, precum și modificarea comportamentului de ansamblu al subiectului.

F. *Modificări în sfera afectivității.* Acestea capătă conținut specific în funcție de sugestiile terapeutului. De regulă, majoritatea subiecților care au fost hipnotizați afirmă în mod spontan că au trăit în timpul hipnozei o stare afectivă pozitivă, de calm, liniște și relaxare profundă.

Frecvent, hipnotizatorii profesioniști sugerează subiecților regresia de vârstă. Când sugestiile au acționat, subiectul se comportă ca și cum ar avea o vârstă mai mică decât cea reală, el modificându-și comportamentul astfel încât să corespundă vârstei sugerate. La subiecții foarte sugestibili se modifică vocea, mimica și chiar scrisul, caracterele utilizate în scriere fiind specifice copilăriei. Mulți autori citează cazuri în care subiecții regresați până la vârsta copilăriei și-au amintit o limbă pe care o vorbiseră în trecut și pe care o uitaseră ulterior, conversând sau chiar scriind în limba respectivă.

As (1962) relatează cazul unui subiect care, regresat la vârsta copilăriei, utiliza un dialect suedez, iar Gheorghiu pe cel al altui subiect, care vorbea maghiara. Nici unul din acești subiecți nu-și mai amintea de limbile respective în stare de veghe.

Milard (1975), la rândul său, citează cazul unui subiect care fusese crescut în China, în copilărie și care, în urma regresiei de vârstă, și-a scris numele cu caractere chinezești, ceea ce nu a fost capabil să facă în stare de veghe.

Regresia de vârstă este mult folosită de către hipnotizatorii clinicieni pentru a „dezgropa" amintirile psihotraumatizante uitate, care au produs la subiecți tulburări de tip nevrotic.

Sugerarea stărilor descrise mai sus, cu excepția regresiei de vârstă, nu se utilizează decât rareori în clinică și atunci mai mult în scopuri didactice, demonstrative sau pentru a verifica gradul de profunzime a hipnozei. Trebuie făcută totuși precizarea că, datorită posibilităților neobișnuite de modificare a comportamentului prin hipnoză, este posibilă utilizarea terapeutică a acestei tehnici, realizându-se vindecări ce par de domeniul miracolului.

Caracteristicile stării de transă hipnotică

Transa hipnotică este un concept relativ dificil de definit, dar același lucru se întâmplă și cu alte concepte cum ar fi, de pildă, durerea. Cu toate acestea, nimeni nu se îndoiește de existența durerii. Datorită acestor dificultăți, hipnoza este definită adesea prin intermediul unor exemple concrete care se referă la starea subiectului sau la metodele de inducere a acesteia.

Gibson și Heap (1991) descriu starea de transă hipnotică în opoziție cu starea de veghe, în care subiectul este implicat permanent în activități de procesare și evaluare a informației. În stare de relaxare și, cu atât mai mult în transă, care nu este altceva decât o stare de relaxare mai profundă, persoana continuă să audă ceea ce se petrece în jur, dar încetează să mai ia în seamă și să proceseze respectivele informații.

Rezultat al inducției hipnotice, transa hipnotică este considerată astăzi o stare modificată de conștiință.

Hilgard și Gheorghiu (1977) descriu starea hipnotică prin următoarele caracteristici:

A. *Reducerea funcției de planificare.* Subiectul hipnotizat pierde inițiativa și nu mai manifestă dorința de a realiza acțiuni planificate pe cont propriu.

Aflat în hipnoză, subiectul acționează doar în conformitate cu sugestiile terapeutului. El poate acționa, dar de cele mai multe ori nu simte nevoia s-o facă. Aspectul exterior al persoanei hipnotizate este al unui individ pasiv, care reacționează doar la comenzi venite din afară. Acest fenomen este și mai evident atunci când terapeutul îi sugerează subiectului să mențină mai mult timp o poziție incomodă pe care nu o modifică decât atunci când i se cere în mod expres s-o facă.

Gill și Brennman (1959) au întrebat un subiect de ce crede el că se află în hipnoză (autorii au făcut diverse experimente cu respectivul subiect aflat în hipnoză: dacă era relaxat, l-au activat, dacă a afirmat că-și simte brațul insensibil, i-au comandat revenirea sensibilității etc.). Interogat asupra stării sale, subiectul

răspunde: „Ştiu că mă aflu în hipnoză pentru că fac ceea ce spuneţi dumneavoastră".

B. *Redistribuirea atenţiei.* În hipnoză se accentuează selectivitatea atenţiei, aceasta fiind orientată în mod special spre ceea ce spune şi face hipnotizatorul. Aflat într-o hipnoză profundă, subiectul poate înregistra stimulii din mediul înconjurător sau proveniţi de la alte persoane, dar nu reacţionează decât la comenzile date de hipnotizator (este cunoscut faptul că o altă persoană nu poate anula hipnoza indusă de către terapeut; dacă subiectul este lăsat singur, el poate reveni treptat la starea normală sau poate intra în somn natural).

Hilgard afirmă că interpretarea conform căreia hipnoza reprezintă o concentrare maximă a atenţiei, pe baza selectivităţii sale din starea de veghe, teorie susţinută de Barber (1960) şi Leuba (1960), nu este confirmată de date experimentale. Astfel, Amedeo şi Shagass (1963) au demonstrat că subiecţii în stare de hipnoză au fost mai puţin capabili să rezolve probleme de aritmetică decât cei aflaţi în stare de veghe. Înregistrarea mişcărilor oculare, corelate cu performanţele cognitive, indică mai curând o creştere a activităţii difuze a creierului la subiecţii hipnotizaţi.

Robert (1964), utilizând o serie de teste de atenţie, nu a găsit nici o corelaţie între capacitatea de concentrare şi hipnotizabilitate, iar Das (1964) afirma că subiecţii cu atenţia mai concentrată sunt mai puţin hipnotizabili.

Interpretând aceste date experimentale, Hilgard este de părere că în hipnoză avem de-a face cu o scădere a atenţiei generale, el denumind fenomenul „inatenţie selectivă" (subiectul aude doar vocea hipnotizatorului, nu şi alte voci).

C. *Capacitatea crescută a producţiei imaginative* (vivacitatea reprezentărilor memoriei). Din relatările subiecţilor hipnotizaţi rezultă că reprezentările din timpul hipnozei sunt deosebit de vii. Adesea, ei au adevărate stări halucinatorii, percepând obiecte, persoane sau situaţii care nu există în realitate. De asemenea, este cunoscută pregnanţa şi vivacitatea viselor hipnotice.

D. *Reducerea controlului realităţii şi toleranţa crescută faţă de distorsionările acesteia.* În viaţa cotidiană, controalele pe care le realizează omul asupra mediului înconjurător sunt foarte frecvente: omul priveşte în jur, se uită la ceas, ascultă, atinge obiectele. În timpul hipnozei, această reducere a controlului este produsă de sugestiile de relaxare şi detaşare, ea conducând, la rândul, său la acceptarea cu mai multă uşurinţă a distorsiunilor perceptive. Astfel, subiectul hipnotizat acceptă amintiri false, schimbări ale personalităţii, distorsionări ale percepţiei timpului (cercetările au demonstrat că intervalele scurte sunt percepute ca mai lungi, iar cele lungi ca mai scurte), perceperea de tip halucinator a unor persoane sau obiecte care se află în încăpere.

Aceste fenomene scot în evidenţă o reducere, sub influenţa hipnozei, a capacităţilor discriminatorii şi critice ale subiectului. Deşi nu trebuie să înţelegem că toate capacităţile logice sunt suspendate, se observă o anumită tendinţă necritică de a lua lucrurile *ad litteram*.

Caracterizând acest fenomen, Orne (1959) vorbeşte de aşa-numita „logică a transei", conform căreia subiectul acceptă ca fiind logice situaţii pe care în mod natural nu le-ar considera ca atare.

E. *Creşterea gradului de sugestibilitate.* În hipnoză, receptivitatea la sugestii a subiectului creşte foarte mult comparativ cu starea normală. Stimulii sau incitaţiile subiective, care în afara hipnozei determină reacţii de intensitate foarte redusă sau nu produc nici o reacţie, conduc la modificări de amploare dacă sunt administraţi în urma inducţiei hipnotice. Pe aceasta se bazează numeroasele aplicaţii ale hipnozei în terapie sau în optimizarea comportamentului.

F. *Accentuarea comportamentului de interpretare a unor roluri.* Subiectul aflat în hipnoză nu efectuează numai acţiuni simple, sugerate de terapeut. El poate intra într-un rol care presupune desfăşurarea unor acţiuni complexe cerute de acesta.

Subiecţii prezintă în hipnoză o mai mare capacitate de transpunere în rolurile sugerate, comparativ cu starea de veghe. Astfel, unui subiect căruia i se sugerează că are altă vârstă decât cea reală sau că este o altă persoană va tinde să interpreteze cu multă autenticitate rolul sugerat. Există chiar şi o teorie care încearcă să explice fenomenul hipnotic prin jucarea unui rol (Sarbin, 1956; Sarbin şi Anderson, 1967).

G. *Apariţia amneziei posthipnotice.* Amnezia sau uitarea evenimentelor petrecute în timpul hipnozei reprezintă una din particularităţile de bază ale stării hipnotice. Această amnezie poate fi sugerată de terapeut, dar ea se poate instala şi spontan, îndeosebi în stările de transă mai profundă.

H. *Starea de relaxare psiho-fizică.* Majoritatea subiecţilor care au fost hipnotizaţi şi s-au dovedit receptivi la hipnoză descriu starea pe care au resimţit-o ca fiind caracterizată prin relaxare fizică şi psihică, lipsă de interes pentru ceea ce se petrece în jur, dorinţa de a urma cu exactitate instrucţiunile terapeutului, incapacitatea de a se opune acestora, dorinţa de a rămâne pasiv vreme îndelungată fără a întreprinde ceva. Mulţi subiecţi relatează şi prezenţa unor senzaţii de greutate şi, uneori, de căldură în membre, ca în cazul relaxării după metoda antrenamentului autogen al lui Schultz.

I. *Scăderea acuităţii perceptive.* În starea hipnotică, stimulii ambianţei sunt percepuţi mai estompat, cu mai puţină claritate şi precizie, unii dintre aceştia nefiind percepuţi deloc.

Mulţi subiecţi au descris starea trăită în timpul hipnozei ca fiind una intermediară între starea de veghe şi cea de somn.

Hilgard a aplicat asupra unor subiecţi cunoscuta scală de hipnotizabilitate Stanford şi le-a cerut apoi să relateze cu privire la efectele spontane, nesugerate ce apar în timpul hipnozei.

Majoritatea subiecţilor hipnotizaţi afirmă că au simţit: lipsa dorinţei de a vorbi, de a se mişca şi de a gândi, tendinţa de a da curs sugestiilor experimentatorului, schimbarea dimensiunii unor părţi ale corpului, senzaţie de zbor, de vârtej, ei descriind starea ca fiind asemănătoare cu somnul.

Tart (1970) a interogat un subiect, foarte talentat pentru hipnoză, asupra stării pe care a trăit-o în timpul unei transe profunde. Acesta a caracterizat starea sa astfel:

- absenţa senzaţiei corpului propriu;
- absenţa senzaţiilor sau evenimentelor venite din afară; subiectul conştientizează doar un fel de fluid sau flux de energie care îl înconjoară;
- nu are conştiinţa lumii exterioare, cu excepţia vocii depersonalizate a hipnotizatorului, ce îi transmite mesaje agreabile şi amuzante, care parcă vin din imensitatea oceanului cosmic;
- sentimentul că se află în afara timpului;
- pierderea identităţii personale.

Desigur, nu toţi subiecţii sunt capabili să atingă o astfel de profunzime a transei hipnotice. Interesant este că stări similare cu cele descrise de subiectul investigat de Tart au fost prezentate de cei care au studiat diversele variante ale meditaţiei de tip oriental (Govinde, 1960; Philipe, 1963).

Manifestările fiziologice ale fenomenului hipnotic (Bellet, 2002, p. 80-81):

1. Manifestări obiective, observabile din exterior:
   - încetinirea ritmului respirator;
   - scăderea frecvenţei cardiace;
   - modificări ale tonusului muscular:
     - hipotonie, relaxare musculară;
     - hipotonie, catalepsie sau rigiditate a unui membru, a unor porţiuni ale corpului sau chiar a corpului în întregime;
     - mişcări automate;
     - mişcări de deglutiţie;
     - literalism în înţelegerea spuselor terapeutului (pacientul înţelege tot *ad-litteram*).
2. Manifestări subiective percepute numai de către pacient:
   - relaxare generală;
   - greutate sau, dimpotrivă, senzaţie de uşor la nivelul membrelor;
   - furnicături, senzaţii de căldură sau frig;
   - halucinaţii pozitive (subiectul percepe stimuli inexistenţi la nivelul sistemelor senzoriale vizual, auditiv, olfactiv, gustativ sau kinestezic);
   - halucinaţii negative (subiectul nu percepe anumiţi stimuli prezenţi în ambianţă);
   - izolare de stimulii din context.

Manifestările psihologice ale hipnozei:

- activitate ideomotorie (capacitatea de a reacţiona automat la o sugestie printr-o mişcare de amplitudine redusă şi care este utilizată ca tehnică de comunicare cu pacientul în timpul şedinţei de hipnoză; de pildă, ridicarea unui deget.)
- detaşarea de mediul înconjurător;
- modificări subiective ale percepţiei timpului;
- amnezie (parţială sau totală);
- regresie de vârstă cu hiperamnezie

Procesarea hipnotică

Bellet (2002) este de părere că hipnoza implică cinci etape sau trepte care sunt atinse în mod succesiv:

- concentrarea atenţiei care presupune dezinteres pentru stimulii din mediul înconjurător imediat şi fixarea acesteia asupra afirmaţiilor terapeutului. Această concentrare a atenţiei conduce la:
- suspendarea stării obişnuite de conştiinţă;
- căutarea inconştientă automată a diverselor sensuri pe care le conţin sugestiile şi care conduce la:
- declanşarea unor procese inconştiente ce presupun asociaţii, conexiuni, învăţare care stau la baza hipnozei terapeutice şi de la care se aşteaptă:
- răspunsuri care se declanşează în timpul şedinţei de hipnoză sau posthipnotic şi care presupun achiziţionarea unor noi cunoştinţe şi a unor noi modele de comportament care să reflecte schimbări pozitive.

Concentrarea atenţiei se realizează prin fixarea privirii asupra unui punct, urmărirea unei povestiri captivante, sugestii de relaxare.

Suspendarea stării obişnuite de conştiinţă presupune trecerea de la un mod de operare la altul (se activează emisfera cerebrală dreaptă) şi se realizează prin intermediul tehnicilor confuziei, surprizei şi disocierii.

Yapko (1995, p. 58) prezintă, la rândul său, principalele caracteristici ale stării hipnotice, aşa cum au fost ele descrise în literatura de specialitate.

1. Concentrarea selectivă a atenţiei (Spiegel şi Spiegel, 1987).
2. Senzaţia de lipsă de efort (Gilligan, 1987).
3. Implicare experienţială, non-conceptuală (Erickson, Rosi şi Rosi, 1976).
4. Dorinţa de a experimenta diverse trăiri (Gilligan, 1987).
5. Flexibilitatea percepţiilor spaţio-temporale (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976).
6. Modificarea unor aspecte legate de percepţii (Erickson şi Rossi, 1979).
7. Fluctuaţii ale nivelului de implicare (Gilligan, 1987).
8. Inhibiţii verbale şi/sau motorii (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976).
9. Logica transei; reducerea nivelului de testare a realităţii (Shor, 1959).
10. Procesare psihică de tip simbolic (Zeig, 1980).
11. Distorsionarea percepţiei timpului (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976).
12. Amnezie totală sau parţială (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976; Rossi, 1993).

Profunzimea hipnozei

Nu toţi oamenii pot fi hipnotizaţi în aceeaşi măsură. Unii nu reacţionează defel la inducţia hipnotică, alţii reacţionează moderat, iar alţii se dovedesc deosebit de receptivi. Susceptibilitatea hipnotică reprezintă capacitatea individului de a fi hipnotizat. Oamenii diferă în privinţa acestei calităţi aşa cum se deosebesc în ceea ce priveşte inteligenţa sau aptitudinile sportive.

Specialiştii au ajuns la concluzia că performanţa hipnotică depinde atât de susceptibilitatea hipnotică a individului, cât şi de atitudinea acestuia faţă de hipnoză (o persoană înalt hipnotizabilă poate rezista la hipnoză, dacă îşi propune acest lucru).

Pentru măsurarea susceptibilităţii hipnotice au fost alcătuite, încă de la sfârşitul secolului trecut, scale de evaluare a gradului de profunzime a hipnozei pe care poate să o atingă un individ.

Profunzimea hipnozei (după Liébeault, 1889) (cf. Hilgard, Weitzenhoffer, Lande şi Moore, 1961):

A. *Somnul artificial:*

- Ameţeala: toropeală, senzaţie de greutate în cap, dificultăţi de a deschide ochii.
- Somnolenţă uşoară: semnele de mai sus, la care se adaugă catalepsie (greutate, inerţie musculară), dar cu capacitatea subiectului de a-şi modifica poziţia membrelor.

- Somn ceva mai profund: insensibilitate, catalepsie, automatisme motorii. Subiectul nu mai poate interveni în desfăşurarea mişcărilor automate (dacă se imprimă braţului o mişcare rotativă, acesta nu mai este capabil s-o controleze).
- Stare intermediară: la catalepsie şi automatisme se adaugă faptul că subiectul nu mai reacţionează la nimic în afară de comenzile date de hipnotizator şi nu-şi aminteşte decât relaţiile dintre el şi hipnotizator.

B. *Stare somnambulică profundă:*

- Somn de tip somnambulic obişnuit: se caracterizează prin amnezie totală la trezire şi halucinaţii în timpul stării hipnotice care dispar la trezire. Subiectul se află sub controlul hipnotizatorului.
- Somn de tip somnambulic profund.

Cotarea susceptibilităţii hipnotice după Davis şi Husband (1931)

Profunzimea hipnozei	*Punctul acordat (scor)*	*Manifestări obiective*
Non susceptibil	0	
Stare hipnoidă	2	Relaxare musculară
	3	Tremurul pleoapelor
	4	Închiderea ochilor
	5	Relaxare fizică totală
Transă uşoară	6	Catalepsia pleoapelor
	7	Catalepsia membrelor
	10	Catalepsia rigidă
	11	Anestezie în mănuşă (anularea sensibilităţii numai în anumite zone ale mâinilor
Transă medie	13	Amnezie (uitare parţială)
	15	Anestezie posthipnotică
	17	Modificări în sfera personalităţii
	18	Reacţie la sugestii posthipnotice simple
	20	Distorsiuni perceptive (iluzii; halucinaţii)
Transă profundă (de tip somnambulic)	21	Capacitate de a deschide ochii fără a afecta transa
	23	Sugestii post-hipnotice bizare care sunt acceptate de subiect
	25	Comportament de tip somnambulic
	26	Halucinaţii vizuale pozitive* posthipnotice
	27	Halucinaţii auditive posthipnotice
	28	Amnezie posthipnotică sistematică
	29	Halucinaţii negative vizuale şi auditive
	30	Hiperestezii (accentuarea sensibilităţii)

* Halucinaţiile pozitive se referă la perceperea unor obiecte, persoane, situaţii inexistente în realitate, în timp ce halucinaţiile negative caracterizează situaţia în care obiectele ori situaţiile prezente nu sunt percepute de către subiect.

La ora actuală, în domeniul hipnozei clinice şi experimentale se utilizează cel mai frecvent scalele de hipnotizabilitate Stanford (autori Weitzenhoffer şi Hilgard, 1957, 1959, 1962) şi Harvard (autori Shor şi Orne, 1962).

Redăm în tabelul de mai jos itemii (probele) comparativi ai susceptibilităţii hipnotice dintre scalele Stanford (forma A) şi Harvard (Hilgard, 1971):

Itemii (probe) aplicate Scala Stanford (forma A)	*Scala Harvard*	*Criteriul de notare a rezultatelor după scala Harvard*
1	2	3
Oscilaţia corpului	Căderea capului	Capul subiectului se apleacă în urma sugestiilor măcar cu 10 cm.
Închiderea ochilor	idem	Ochii subiectului se închid în urma administrării sugestiei, înainte ca experimentatorul să ceară în mod expres acest lucru.
Coborârea braţului	idem	În urma sugestiilor administrate, braţul coboară complet.
Imobilizarea braţului	idem	Subiectului i se dau sugestii că braţul nu se poate ridica; el nu ridică braţul mai mult de 2-3 cm.
Blocarea degetelor	idem	I se sugerează că degetele sunt încleştate unele în altele. Nu reuşeşte să desfacă degetele atunci când i se cere.
Rigiditatea braţului	idem	I se sugerează că braţul este rigid; nu reuşeşte să îndoaie braţul mai mult de câteva grade.
Apropierea palmelor	idem	I se sugerează că palmele se apropie; se cotează atunci când palmele nu sunt mai apropiate de 10 cm la terminarea probei.
Inhibarea comunicării	Inhibarea comunicării (i se sugerează că nu poate să mişte capul în semn de NU).	Nu poate mişca capul.
Halucinaţie pozitivă (i se sugerează că aude bâzâitul unei muşte)	idem	Semne evidente cu privire la efect (face mişcări ca şi cum ar dori să alunge musca).
Catalepsia pleoapelor	idem	Ochii rămân închişi chiar când i se sugerează să încerce să-i deschidă.
Sugestia posthipnotică	I se sugerează că atinge glezna	Face măcar unele mişcări observabile ca şi cum ar dori să atingă glezna.
Amnezia posthipnotică	idem	Reproduce cel mult 3 probe (sau mai puţin) de care îşi aminteşte că ar fi fost realizate în timpul hipnozei

Scalele de testare a gradului de hipnotizabilitate se utilizează, de regulă, mai mult în scopuri experimentale. Clinicienii se mulţumesc să testeze receptivitatea la hipnoză a pacienţilor lor folosind probe izolate (teste de sugestibilitate) din cadrul acestor scale, probe de tipul celor descrise la capitolul consacrat inducţiei hipnotice.

Diferenţele individuale în ceea ce priveşte susceptibilitatea hipnotică

Una dintre problemele care i-a preocupat mult pe cercetători şi clinicieni se referă la faptul că nu toţi oamenii sunt capabili să intre în hipnoză în aceeaşi măsură.

Aşa cum am mai subliniat, cooperarea din partea subiectului este absolut necesară pentru obţinerea transei hipnotice. Cu toate acestea, există subiecţi care cooperează în totalitate, dar se tem să fie hipnotizaţi şi, din acest motiv, nu reuşesc decât în mică măsură să intre în această stare, în timp ce alţii intră rapid şi cu multă uşurinţă într-o transă profundă.

Marea majoritate a oamenilor sunt moderat hipnotizabili şi pot trăi aproape toate fenomenele sugerate dacă sunt îndrumaţi de către un hipnoterapeut cu experienţă.

Hipnoterapeuţii contemporani sunt de părere că între relaxare şi transa hipnotică există un continuum şi, din această perspectivă, relativ puţini subiecţi pot fi consideraţi nehipnotizabili.

O altă întrebare care se pune se referă la stabilitatea susceptibilităţii. Există persoane mai hipnotizabile într-o zi şi mai puţin hipnotizabile în alta, sau care reacţionează mai bine la un terapeut şi mai puţin sau deloc la un altul?

Au fost efectuate o serie de cercetări experimentale în această problemă, concluziile majorităţii autorilor conducând la ideea că hipnotizabilitatea este o particularitate stabilă a persoanei, relativ puţin influenţabilă de împrejurări. Astfel, nu au fost găsite diferenţe în ceea ce priveşte susceptibilitatea hipnotică în cazul în care hipnoterapeutul este bărbat sau femeie, tânăr sau vârstnic, renumit sau mai puţin experimentat (Hilgard ş.a., 1960, 1965).

Această stabilitate a hipnotizabilităţii se explică prin aceea că fenomenul depinde în foarte mare măsură de capacităţile imaginative ale persoanei, precum şi de abilitatea acesteia de a suspenda pentru un timp testarea realităţii, specifică stării de veghe.

Aşa cum am subliniat mai sus, cercetările experimentale au condus la elaborarea mai multor scale de susceptibilitate hipnotică. Toate aceste scale sunt

alcătuite dintr-o serie de subteste (itemi) care măsoară comportamentul hipnotic. Unele din aceste subteste sunt trecute de majoritatea oamenilor (se cere, de pildă, subiectului să-și imagineze că o greutate îi trage brațul în jos), în timp ce altele sunt deosebit de dificile (se sugerează persoanei că este atacată de un țânțar și se așteaptă reacția acesteia).

În urma aplicării unor scale de acest tip s-a constatat faptul că scorul de susceptibilitate se modifică într-o foarte mică măsură, chiar dacă subiecții sunt testați în locuri diferite și de către persoane diferite. Singurele deosebiri se observă la prima testare, când scorurile sunt ceva mai mici datorită noutății situației; însă pe măsură ce subiecții se obișnuiesc cu proba și devin conștienți de faptul că faptul că hipnoza este un fenomen inofensiv și chiar plăcut, scorurile au tendința de a se ridica și încep să reflecte în mod real nivelul hipnotizabilității.

S-au efectuat și încercări de antrenare a gradului de hipnotizabilitate, dar rezultatele au fost nesemnificative, fapt ce a condus la ideea că hipnotizabilitatea reflectă anumite particularități de bază ale personalității umane.

As, Hilgard și Weitzenhoffer (1963) au ales un eșantion cu scoruri medii la scala de hipnotizabilitate Stanford (forma A) și au încercat prin diverse metode să mărească gradul de hipnotizabilitate (discuții menite să modifice atitudinea subiecților față de hipnoză, utilizarea unor tehnici diferite de inducție hipnotică etc.). Rezultatele obținute de acești autori fiind slabe, ei au ajuns, la rândul lor, la concluzia că inducția hipnotică, așa cum este ea măsurată cu ajutorul scalelor Stanford, are o stabilitate relativă.

Încercările de antrenare a hipnotizabilității nu trebuie confundate cu anumite cercetări de psihologie socială, care vizează mai ales conformismul sau capacitatea subiecților de a accepta cooperarea. În această categorie se înscriu studiile lui Spanos și ale colaboratorilor săi, care au avut la bază definirea hipnozei mai ales în termenii dorinței subiectului de a coopera și mai puțin în cei ai unei experiențe de natură subiectivă (Gibson și Heap, 1991, 36).

Antrenamentele hipnotizabilității propuse de acești autori seamănă mai mult cu învățarea subiecților cum să răspundă la testele de inteligență, situație în care scorul obținut nu mai este cel real. Această constatare are implicații pentru terapie, deoarece se poate desprinde concluzia că pacienții trebuie acceptați ca atare, terapeutul investigând disponibilitățile acestora și construind demersul de la nivelul real al hipnotizabilității persoanelor investigate.

Mai mult, hipnoterapeuții clinicieni au observat că se pot obține succese psihoterapeutice și într-o transă ușoară, în autohipnoză sau doar într-o simplă stare de relaxare.

Diferențe de vârstă în ceea ce privește hipnotizabilitatea

Încă din anul 1980, Bernheim a constatat faptul că copiii sunt mult mai susceptibili la hipnoză comparativ cu adulții. Acesta afirma că „de îndată ce sunt capabili să înțeleagă, copiii pot fi, de regulă, foarte ușor și rapid hipnotizați" (Bernheim, 1986/1973, 2).

Morgan și Hilgard (1973) au investigat 1 232 de subiecți între 5 și 44 de ani și au ajuns la concluzia că nivelul cel mai înalt al hipnotizabilității este atins între 9 și 12 ani, apoi valorile scad o dată cu vârsta.

Pe măsură ce copiii cresc, mai ales în culturile orientate tehnologic, aceștia se dezvoltă tot mai mult în direcția testării realității, în detrimentul fanteziei.

Hipnotizabilitatea și așa ridicată a copiilor se manifestă și mai evident atunci când hipnoterapeutul alege o tehnică de inducție hipnotică adecvată vârstei subiectului.

Susceptibilitatea hipnotică și diferențele de sex

La o trecere în revistă a studiilor referitoare la diferențele de sex în ceea ce privește hipnotizabilitatea se remarcă prezența unor prejudecăți ce influențează atitudinile și convingerile legate de această problemă.

Liébault (citat de Bramwell, 1903) a constatat că femeile sunt semnificativ mai hipnotizabile decât bărbații, concluzie la care a ajuns și Hull în 1933.

Studiile mai recente au evidențiat faptul că aceste rezultate sunt artificiale și au la bază stereotipul social conform căruia femeile au fost considerate mai supuse și mai sugestibile, în sensul negativ al termenilor respectivi. Acest stereotip negativ legat de femei își are originile în experimentele lui Charcot, psihiatru francez care postula o legătură între hipnotizabilitate și isteria feminină.

Hilgard (1965) nu a constatat diferențe între cele două sexe în ceea ce privește hipnotizabilitatea, iar Gibson (1977) a ajuns, la rândul său, la constatări similare.

Gibson (1977) afirmă și faptul că autorii care au identificat astfel de diferențe nu au lucrat pe un număr suficient de subiecți, ceea ce a făcut ca rezultatele lor să nu fie semnificative din punct de vedere statistic.

Teorii explicative ale hipnozei

A) Teoria fluidului vital. Cea mai veche încercare de explicare a hipnozei aparține lui Mesmer, care susține că la baza hipnozei se află „magnetismul animal", un fel de fluid care curge din corpul hipnotizatorului în cel al subiectului.

Medicina din perioada respectivă a infirmat această ipoteză, deşi a fost nevoită să accepte realitatea clinică a fenomenului hipnotic.

Cercetările moderne de laborator, realizate cu ajutorul metodei electronografice, au pus în evidenţă existenţa unui biocâmp ce înconjoară organismele vii şi pe care unii specialişti îl explică printr-o concentrare masivă de microparticule de apă la nivelul pielii ce modifică, prin prezenţa lor, unele caracteristici ale organismului. Nu a putut fi însă evidenţiată până în prezent vreo legătură directă dintre existenţa acestui câmp şi producerea fenomenului hipnotic.

B) Hipnoza – fenomen psihopatologic specific isteriei. Cunoscutul psihiatru francez Charcot consideră receptivitatea hipnotică drept o caracteristică proprie doar persoanelor isterice, deci ca pe un fenomen patologic. El presupune că atunci când indivizii îşi recapătă echilibrul, ei nu mai pot fi hipnotizaţi. Studiile ulterioare au arătat însă că subiecţii normali sunt de cele mai multe ori mai hipnotizabili decât bolnavii psihic.

C) Hipnoza şi somnul. Mulţi autori au susţinut ideea asemănării dintre hipnoză şi somn (chiar termenul de hipnoză provine de la cuvântul grecesc *hypnos* – somn). Această teorie se bazează pe faptul că persoana hipnotizată părea ca şi adormită (relaxată, inactivă, de cele mai multe ori cu ochii închişi).

Cunoscutul fiziolog rus Pavlov consideră că inhibiţia, somnul şi hipnoza fac parte din aceeaşi categorie de fenomene. După opinia sa, în timpul hipnozei, pe scoarţa cerebrală aflată în inhibiţie se menţin unele focare de veghe, pe baza cărora este posibilă legătura dintre subiect şi hipnotizator, subiectul fiind capabil să execute comenzile date de acesta.

Dar nici datele clinice, nici cele experimentale nu au confirmat ipoteza conform căreia hipnoza ar fi tot una cu somnul. Astfel, s-a demonstrat că un individ aflat în stare de hipnoză mai profundă poate fi activ în funcţie de conţinutul sugestiilor care i se administrează (ţine ochii deschişi, se mişcă, execută diferite acţiuni complexe).

Nici din punct de vedere fiziologic, reacţiile din timpul hipnozei nu seamănă cu cele din timpul somnului. Undele cerebrale în hipnoză sunt specifice stării de veghe relaxată (unde alfa), în vreme ce pentru somn sunt specifice unde mai lente. Studiile E.E.G. au demonstrat că un individ este cu atât mai hipnotizabil cu cât are unde alfa mai bine reprezentate. Pe aceste date se bazează cei care consideră hipnoza o relaxare mai profundă.

D) Hipnoza şi teoria rolului. Această teorie aparţine lui Sarbin (cf. Marcuse, 1959), care consideră fenomenul hipnotic ca interpretarea unui rol (acela de persoană hipnotizată). Se accentuează ideea că individul hipnotizat se comportă aşa cum crede el că trebuie să se comporte o persoană aflată în hipnoză, în conformitate cu propriile sale idei despre hipnoză şi cu indicaţiile hipnotizatorului, identificându-se cu rolul. Această încercare de explicare psihosocială a hipnozei se bazează în mare măsură pe faptul că a fost găsită o corelaţie semnificativă între hipnotizabilitate şi aptitudinile actoriceşti.

Gheorghiu (1977) arată însă că teoria rolului înlocuieşte o metaforă – cea de „transă hipnotică", cu o altă metaforă – cea de „rol", fără ca prin aceasta să explice esenţa fenomenului investigat. Nu pot fi explicate mai ales diferenţele interindividuale în ceea ce priveşte hipnotizabilitatea, şi anume de ce unii subiecţi se transpun până la uitarea de sine în rolul de persoană hipnotizată, iar alţii nu reuşesc decât foarte puţin sau deloc.

Teoria rolului nu poate explica nici modul în care se efectuează o operaţie de chirurgie majoră în stare de hipnoză, în absenţa unor substanţe anestezice şi nici modul în care se realizează transpunerea în rol în cadrul fenomenelor de autohipnoză. De asemenea, cu ajutorul acestei teorii nu se poate explica nici faptul că unii subiecţi care doresc din tot sufletul să fie hipnotizaţi şi cunosc foarte bine rolul de persoană hipnotizată nu răspund totuşi la hipnoză.

E) Hipnoza şi teoriile învăţării (Hall, 1953; Weitzenhoffer, 1953). Această teorie evidenţiază posibilitatea comportamentului hipnotic pe baza învăţării (condiţionării unor deprinderi de a intra în transă). Autorii ei susţin că deprinderile hipnotice seamănă cu cele de tipul cufundării în lectură sau cu deprinderile de a trăi intens aventuri imaginare, insistând mult asupra importanţei imitaţiei în cadrul comportamentului hipnotic. După cum se poate lesne observa, şi această teorie este insuficientă, ea mărginindu-se mai curând să descrie modul în care se structurează comportamentul hipnotic decât să explice mecanismele profunde ale acestuia.

F) Hipnoza şi psihanaliza. Au existat încercări de a explica ceea ce se întâmplă cu subiectul aflat în hipnoză şi prin intermediul conceptelor specifice psihanalizei. Astfel, mulţi autori consideră transa hipnotică un fenomen regresiv, de întoarcere a subiectului la trăiri specifice vârstelor copilăriei. În stare de transă hipnotică, subiectul poate obţine o serie de beneficii secundare, care i-ar rămâne inaccesibile în stare de veghe (îşi permite libertăţi pe care altfel nu şi le-ar putea permite).

Se subliniază importanţa raporturilor de subordonare dintre subiect şi hipnotizator, pe care psihanaliştii le aseamănă cu cele dintre părinte şi copil. Astfel, conform acestei teorii, în cadrul hipnozei paterne, hipnotizatorul este identificat cu figura autoritară a tatălui, în timp ce în cadrul hipnozei materne hipnotizatorul preia rolul protector al mamei.

Toţi psihanaliştii încearcă să stabilească o analogie între fenomenul hipnotic şi dragostea în accepţiune erotică, insistându-se pe fenomenele de tip transferenţial care apar între subiect şi hipnotizator. Astfel, Gill şi Brenman (1947) explică hipnoza prin intermediul regresiei şi transferului.

Psihanaliza modernă consideră hipnoza ca o regresie parțială în slujba egoului (Kris, 1952).

Hilgard susține că și această explicație a manifestărilor hipnotice este insuficientă, neacoperind toată aria de manifestări specifice.

Dificil de elucidat prin prisma conceptelor psihanalitice ar fi și fenomenele de autohipnoză. Dacă în ceea ce privește explicația teoretică psihanaliza pare să nu fi adus prea multe lucruri noi, îmbinarea practică dintre hipnoză și psihanaliză – hipnoanaliza – s-a dovedit o metodă utilă în terapie.

G) Teorii eclectice ale hipnozei. Aceste teorii combină, în explicarea hipnozei, elemente aparținând unor teorii diverse. Astfel, Shor (cf. Gheorghiu, 1977), autorul teoriei tridimensionale a hipnozei, consideră că hipnoza, ca stare modificată de conștiință, trebuie înțeleasă ținându-se seama de trei elemente:

- tendința subiectului de a juca rolul de persoană hipnotizată (conform teoriei rolului);
- profunzimea transei hipnotice;
- actualizarea unor aspecte arhaice, regresive, implicate în conduita hipnotică.

Deși elementele aparținând mai multor orientări se completează reciproc, nici în cadrul teoriei tridimensionale nu se poate spune precis cum se explică diferențele individuale în ceea ce privește profunzimea transei atinse de subiect.

H) Teoria comportamentală în problema hipnozei. Această teorie, aparținând lui Barber și colaboratorilor săi, pune accentul, în explicarea hipnozei, pe comportamentul subiectului în situația experimentală, insistând asupra rolului factorilor: motivație, atitudine, expectație în producerea unor reacții concordante cu cele sugerate. El susține că subiecții trăiesc fenomene asemănătoare cu cele de tip hipnotic și în următoarele situații:

- când au atitudini, motivații și expectații favorabile față de situația-test;
- când li se spune să-și imagineze sugestiile experimentatorului.

Deci, atitudinile pozitive ar fi cele care determină subiectul să răspundă bine la sugestiile hipnotizatorului.

Barber și Hahn (1962) au demonstrat experimental că analgezia sugerată prin imagini administrate în stare de veghe a produs o creștere a rezistenței la durere (în situații experimentale) asemănătoare cu cea indusă prin hipnoză, evidențiindu-se aceleași reacții la măsurătorile fiziologice concomitente. Experimentatorii susțin, pe baza unor date de acest tip, că noțiunile de transă și hipnoză nu mai sunt necesare în explicarea hipersugestibilității și performanțelor așa-zisului „comportament hipnotic". Răspunsurile la sugestiile directe și performanțele asociate în mod tradițional cu termenul de hipnoză pot fi incluse în cadrul unui concept mai general pe care autorii îl denumesc „motivația pentru îndeplinirea sarcinii" (Barber și Calverley, 1962).

Deci, ceea ce se înțelege în mod tradițional prin hipnoză nu constituie, conform acestei teorii, decât o manifestare mai accentuată a receptivității la sugestii.

O obiecție la această interpretare ar putea-o reprezenta faptul că, dacă fără utilizarea unei inducții hipnotice se obțin fenomene asemănătoare cu cele hipnotice, aceasta nu înseamnă în mod obligatoriu că avem de-a face cu situații identice, motivarea pentru sarcină producând un comportament complezent care îl mimează pe cel hipnotic, dar nu se identifică cu acesta (Gheorghiu, 1977). De asemenea, este greu de presupus că o operație de chirurgie majoră ar putea fi realizată fără anestezice doar creând pacientului motivații și atitudini pozitive.

I) Teoria disocierii personalității și teoria funcționării diferențiate a celor două emisfere cerebrale. În anul 1973, Hilgard se referea pentru prima oară la conceptul de „observator ascuns", discutând unele fenomene care se petrec în timpul hipnozei. Termenul a izvorât din interpretarea unor date experimentale referitoare la controlul durerii prin hipnoză, experimente în urma cărora a rezultat că, în timpul hipnozei, durerea dispare din punct de vedere subiectiv, dar componentele ei fiziologice persistă; în același timp, subiectul înregistrează durerea la nivelul de care este responsabil „observatorul ascuns" (subiectului aflat în hipnoză i se cere să introducă mâna în apă cu gheață și să spună dacă simte sau nu durerea. Experimentatorul constată surprins că acesta relatează verbal că nu simte durerea, în timp ce, cu cealaltă mână, el scrie automat că o simte).

O explicație posibilă pentru acest fenomen ar fi aceea a disocierii psihologice între diversele substructuri ale personalității.

Strâns legată de această ipoteză a disocierii psihice ar putea fi și interpretarea care corelează fenomenele hipnotice existente cu cele două emisfere cerebrale.

În ultimii ani, hipnoza a fost definită și ca o comutare la nivelul emisferelor cerebrale, ea constând în activarea emisferei drepte și dezactivarea celei stângi. Această definire pare să aibă la bază argumente valide, deoarece se manifestă prin modificări ale percepției spațiului și timpului, ale proceselor cognitive (logică și capacitate de testare a realității mai reduse, mai multă sugestibilitate, creativitate, toleranță la ambiguitate), prezența altor forme de prelucrare a informației (procesare simultană și paralelă în loc de procesare liniară), toate aceste fenomene fiind caracteristice funcționării prioritare a emisferei cerebrale drepte.

Totuși, deoarece localizarea cerebrală exactă a multor funcții psihice este încă discutabilă, Unestähl (1987) consideră că este încă prematur să definim hipnoza ca o comutare la nivel emisferic. Autorul citat propune, în schimb, utilizarea a două modalități distincte de funcționare a conștiinței: modul dominant (D) și modul alternativ (A), acesta din urmă fiind responsabil de fenomene și

manifestări printre care se pot include şi cele de tip hipnotic (şi de care pare să fie mai curând responsabilă funcţionarea emisferei cerebrale drepte).

Modurile conştiinţei (după Unestähl, 1987)

Modul dominant (D)	*Modul alternativ (A)*
LOGICA	INSIGHT
Gândire analitică	Sinteză
Testarea realităţii	Automatism
Tactică planificare	Sugestibilitate
Strategii	Sensibilitate
Evaluare	Intuiţie
Simţ critic	Evaluarea liberă a informaţiei
Analiza detaliilor	Feed-back pozitiv
Instrucţiuni verbale	Apreciere globală
Controlul voluntar	Vizualizare
Gândirea evenimentelor trecute şi viitoare	Imagini kinestezice
Linearitate temporală	Controlul prin autoprogramarea scopurilor
Procese seriale	Trăire în prezent
Determinarea verbală a comenzilor	Procese cognitive paralele
Încercări	Înţelegere nonverbală
Eforturi	Metafore
	Modelare
Stare normală de conştiinţă	Stare alternativă de conştiinţă

Se constată faptul că această interpretare plasează fenomenele hipnotice alături de cele de creaţie, intuiţie sau meditaţie.

Yapko (1995) subliniază faptul că majoritatea teoriilor asupra hipnozei se referă doar la unele aspecte ale acesteia, fără a putea explica fenomenul în toată complexitatea sa. Cele mai bine conturate teorii sunt următoarele:

1. Hipnoza reprezintă un fenomen disociativ. Partizanii acesteia pornesc de la premisa că în cadrul psihicului uman funcţionează mai multe sisteme cognitive care în mod normal acţionează sinergic sub o comandă centrală. În timpul hipnozei sistemele integrate se disociază unele de altele într-o măsură mai mare sau mai mică şi pot reacţiona în mod independent furnizând răspunsuri pe mai multe nivele la sugestiile hipnoterapeutului (Hilgard, 1977, 1979,1986, 1991; Bowers şi Davidson, 1991; Evans, 1991).

2. Hipnoza reprezintă un fenomen regresiv care presupune revenirea la modalităţi mai primitive de procesare cognitivă primară concomitent cu accentuarea relaţiei transferenţiale faţă de hipnoterapeut considerat drept o figură autoritară de tip arhetipal (figură parentală) (Nash, 1987; Fromm, 1992).

3. Hipnoza ca relaxare.

Relaxarea fizică şi cea psihică sunt considerate surse din care derivă fenomene cum ar fi regresia sau disocierea (Edmonston, 1977, 1981, 1991). Această teorie are la bază şi faptul că atât în relaxare, cât şi în hipnoză modelul undelor cerebrale este asemănător: unde alfa, de veghe relaxată.

4. Hipnoza ca fenomen sociocognitiv.

Autorii care susţin această teorie afirmă că hipnoza nu reprezintă un fenomen specific, ci depinde de contextul social în care se desfăşoară şi este definită ca atare de către participanţi (Kirsch, 1991; Spanos, 1991a, 1991b; Wagstaff, 1991).

5. Hipnoza ca o stare de pasivitate din partea subiectului.

Potrivit abordării tradiţionale cu caracter autoritar, clientul era considerat un subiect pasiv care permite clinicianului să-i ghideze experienţele, fără a i se opune în nici un fel. Astfel, subiectul devine un fel de receptacul pasiv pentru sugestiile autoritare ale terapeutului. Incapacitatea clientului de a răspunde sugestiilor directe venite din partea terapeutului este considerată de aceşti autori ca fiind un semn de rezistenţă (Weitzenhoffer, 1989).

6. Hipnoza ca joc de rol.

Sarbin şi Coe (1972) şi Coe şi Sarbin (1991) abordează, la rândul lor, hipnoza dintr-o perspectivă sociocognitivă considerând că hipnoza ca realitate distinctă nici nu există, fenomenul respectiv manifestându-se doar atunci când cineva este dispus să joace rolul de subiect hipnotizat, fără ca aceasta să presupună că el se află la alt nivel de conştiinţă. Mai precis, persoana se comportă aşa cum crede că ar trebui să se comporte un subiect hipnotizat, răspunzând la sugestiile hipnoterapeutului.

Această teorie are la bază cercetări asupra unor grupuri de subiecţi dintre care unii au fost hipnotizaţi, iar alţii au primit indicaţia să simuleze hipnoza.

Comportamentul subiecţilor a fost evaluat de către experţi în hipnoză care, de cele mai multe ori, nu i-au putut depista pe simulanţi.

Un contraargument împotriva acestei teorii ar putea fi acela că este greu de presupus că un simulant nu ar reacţiona dacă ar fi supus unei intervenţii chirurgicale sub hipnoză.

7. Hipnoza ca stare modificată de conştiinţă (Tart, 1969; Fromm, 1992).

Din această perspectivă, transa hipnotică este considerată drept o stare de conştiinţă modificată, diferită de cea de veghe (normală). Starea de transă este produsă în mod artificial prin intermediul procesului de inducţie hipnotică ce modifică experienţele subiective ale clientului datorită focalizării atenţiei produse în urma sugestiei.

Această teorie a întrunit un număr mare de adepţi pentru că este cunoscut faptul că în hipnoză oamenii pot realiza anumite lucruri pe care nu le pot face în stare de veghe.

8. Hipnoza ca proces de reducere a „testării realităţii".

Prin „testarea realităţii" se înţelege fenomenul de obţinere a unor feed-back-uri de la stimulii exteriori proveniţi din mediu.

În hipnoză, acest proces este mult diminuat datorită focalizării atenţiei asupra unui anumit stimul (intern sau extern); clientul, nemaifiind distras de ambianţă, va putea să accepte o altă realitate subiectivă sugerată care, la rândul său, va determina reacţiile sale emoţionale şi comportamentale (Shor, 1959; Lynn şi Rhue, 1991).

9. Hipnoza ca fenomen de condiţionare.

Cuvintele şi gesturile reprezintă stimuli condiţionaţi, purtători ai unei anumite semnificaţii atribuite de subiect în funcţie de experienţele anterioare dobândite prin învăţare.

Din acest motiv, în cadrul comunicării hipnotice eficiente, subiecţii interpretează şi reacţionează în modul lor personal la sugestiile terapeutului (Bandler şi Grinder, 1975; Grinder şi Bandler, 1976; Lankton, 1979).

10. Hipnoza din perspectivă interacţională.

În abordările tradiţionale, hipnoza era considerată o acţiune pe care hipnoterapeutul o întreprinde asupra pacientului, în timp ce în abordarea permisivă ericksoniană, responsabilitatea fenomenului hipnotic se împarte între terapeut şi client, amândorura revenindu-le obligaţia să fie atenţi şi să coopereze unul cu celălalt.

Terapeutul, pentru a avea succes, trebuie să fie receptiv la nevoile clientului, adaptându-şi demersurile în funcţie de acestea în aşa fel încât clientul să fie, la rândul său, receptiv faţă de posibilităţile de schimbare sugerate de terapeut. Privită în acest mod, hipnoza devine o relaţie de interdependenţă, în care fiecare dintre cei doi parteneri se lasă ghidat şi ghidează la rândul său (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976; Erickson şi Rossi, 1979; Zeig, 1991).

Abordarea interacţională pune accent pe receptivitatea şi respectul pe care trebuie să îl acorde terapeutul clientului pentru ca psihoterapia să fie încununată de succes.

Desigur, pentru ca fenomenul hipnotic să se producă, nu este obligatoriu ca această condiţie să fie respectată, aşa cum se întâmplă în cazul hipnozei de estradă.

11. Hipnoza din perspectiva biologică.

Legătura strânsă dintre corp şi psihic, legătură foarte evidentă în cazul hipnozei, a condus la formularea teoriei biologice care caută să explice receptivitatea la hipnoză.

Spiegel şi Spiegel (1987) sunt de părere că la baza fenomenului hipnotic stau interrelaţiile dintre cele două emisfere cerebrale.

Rossi (1982, 1991) se referă la existenţa unui ciclu biologic natural în cadrul căruia alternează concentrarea atenţiei cu relaxarea acesteia la fiecare 90 până la 150 de minute pe o perioadă de 24 de ore. Acest ritm circadian de alternare a concentrării cu relaxarea atenţiei se află la baza fenomenului hipnotic.

Watzlawick (1978) consideră că hipnoza reprezintă o consecinţă a asimetriei cerebrale, în timpul transei activându-se emisfera cerebrală dreaptă care este responsabilă de procesarea de tip global ce stă la baza unor manifestări cum ar fi creativitatea, intuiţia, empatia, imaginaţia etc. În acelaşi timp, activitatea emisferei cerebrale stângi, responsabilă de activitatea raţională, este estompată.

Fenomenele ce pot fi induse în cursul hipnozei (Yapko, 1995)

Aceste fenomene, unele dintre ele cu caracter spectaculos sau cel puţin neobişnuit, îşi găsesc numeroase aplicaţii în utilizarea terapeutică a hipnozei.

1. Regresia de vârstă

Implică utilizarea intensivă şi experienţială a proceselor memoriei.

Tehnica presupune fie sugerarea întoarcerii în timp şi retrăirea unor experienţe trecute cu o intensitate atât de mare încât parcă se produc „aici şi acum" („retrăire", „imersiune") fie, pur şi simplu, sugestia administrată subiectului de a-şi reaminti anumite experienţe şi de a le prezenta cât mai în detaliu (hipermnezie).

În cazul „retrăirii", subiectul este profund implicat emoţional în experienţa respectivă, el simţindu-se ca şi cum experienţa s-ar produce atunci; în schimb, în cazul hipermneziei el se află ancorat în prezent, în timp ce îşi aminteşte cu lux de amănunte o anumită situaţie (Edgette şi Edgette, 1995).

Regresia de vârstă reprezintă o tehnică ce permite clientului să se întoarcă în timp, într-un trecut mai apropiat sau mai îndepărtat, pentru a accesa nişte amintiri uitate sau reprimate ale unor evenimente semnificative şi pentru „a lucra" terapeutic asupra acestora în vederea obţinerii unor noi concluzii (Weitzenhoffer, 1989; Spiegel, 1993).

Yapko (1995) afirmă că regresia de vârstă implică două tipuri de strategii.

Prima strategie presupune utilizarea regresiei de vârstă pentru a dezgropa experienţele timpurii negative, cu caracter psihotraumatizant. Obiectivul acestei strategii constă în a-l ajuta pe client să se elibereze de stările emoţionale negative asociate cu experienţele respective şi să-şi modifice atitudinea faţă de acestea, renunţând la modalităţile destructive de reacţie care au efecte asupra existenţei actuale.

Acest obiectiv poate fi atins atât prin intermediul „retrăirii" („imersiunii"), cât şi prin hipermnezie, terapeutul fiind cel care decide cât de adâncit în experienţa respectivă sau cât de detaşat trebuie să fie subiectul în cauză.

A doua strategie, care este compatibilă cu prima, constă în utilizarea regresiei de vârstă pentru a scoate la iveală resursele şi disponibilităţile latente ale subiectului, resurse care au fost utilizate în trecut şi care nu funcţionează în prezent, şi aceasta în dezavantajul clientului.

De cele mai multe ori, oamenii dispun de resurse psihologice şi disponibilităţi latente de a căror existenţă nu sunt conştienţi, regresia de vârstă ajutându-i să le actualizeze.

În felul acesta, clientul va redescoperi în trecutul său personal abilităţi şi experienţe care îl vor ajuta să facă faţă într-un mod mai eficient dificultăţilor existenţei (Lankton şi Lankton, 1983; Edelstein, 1986;).

Orice model de comunicare care îl ajută pe client să se întoarcă în trecut poate fi utilizat pentru obţinerea regresiei de vârstă. Clientul va fi ghidat să-şi utilizeze imaginaţia pentru a accesa experienţele trecute.

Se pot utiliza imagini sugestive ale unor „vehicule" ale întoarcerii în timp (tren, avion, vapor, „maşina timpului") cu ajutorul cărora subiectul se va deplasa către perioada dorită. Aceste „vehicule" reprezintă modalităţi artificiale, concrete şi contextuale menite să restructureze experienţa clientului şi pentru ca tehnica să funcţioneze este necesară furnizarea unui număr cât mai mare de detalii („îţi imaginezi că te urci într-un avion care te întoarce în timp, te întoarce tot mai mult în timp... până la vârsta de X ani).

Regresia de vârstă se poate realiza şi indirect prin intermediul unor întrebări care îl orientează pe client în direcţia unor experienţe trecute („Poţi să-ţi aminteşti cât de bine te-ai simţit când ai reuşit la examenul de admitere la liceu?"). Astfel, clientul va declanşa nişte procese de căutare interioară pentru a-şi aminti acele evenimente care îi servesc pentru a furniza răspunsurile aşteptate de către terapeut. O astfel de căutare interioară poate începe prin evocarea în plan cognitiv a unor amintiri, după care, întrebări formulate cu abilitate îl vor ghida pe client să se scufunde în situaţia evocată şi s-o retrăiască plenar, ca şi cum ar fi actuală.

Pentru a conferi regresiei de vârstă un caracter mai puţin ameninţător, clinicianul o poate facilita descriind experienţe trecute personale sau aparţinând altor persoane.

Alte tehnici de inducere a regresiei de vârstă (Yapko, 1995):

- prin realizarea unor punţi afective sau psihosomatice prin intermediul cărora stările emoţionale sau conştientizările actuale sunt conectate cu perioada când aceste stări afective sau conştientizări au apărut pentru prima oară („pe măsură ce continui să fii conştient de acest sentiment uitat pe care l-ai descris, te întorci în timp şi îţi aminteşti de perioada când el a apărut pentru prima oară...");
- prin dezorientarea temporală în cadrul căreia se administrează sugestii cu caracter confuz care au menirea de a-l reorienta pe client dinspre etapa „acum" către „atunci";
- prin alternarea progresiei cu regresia de vârstă, în cadrul căreia clientul este la început orientat spre viitor unde îşi va aminti cele petrecute în trecut. Această tehnică este menită să creeze clientului o mai mare detaşare faţă de experienţele trecute traumatizante („te afli undeva în viitor şi de acolo îţi priveşti cu alţi ochi şi îţi analizezi trecutul...") (Erickson, 1954; Watkins, 1971; Gilligan, 1987; Hammond, 1990).

2. Progresia de vârstă

Presupune sugerarea faptului că subiectul se proiectează în viitor unde îşi imaginează consecinţele schimbărilor produse, integrează noile semnificaţii descoperite la nivele mai profunde, de unde îşi poate reconsidera existenţa dintr-o nouă perspectivă.

Progresia de vârstă poate fi utilizată în două moduri:

- pentru a verifica efectele intervenţiei terapeutice, respectiv în ce măsură acestea sunt de durată şi au produs o modificare în stilul de viaţă al clientului (Erickson, 1954; Havens, 1986; Philips şi Frederick, 1992);
- ca intervenţie psihoterapeutică directă (de pildă, un pacient cu fobie de câini îşi poate imagina, după aplicarea unei tehnici de desensibilizare, că se confruntă cu animalul respectiv fără a simţi anxietate).

La fel ca şi în cazul regresiei de vârstă, progresia se poate realiza prin metode directe (sugerarea faptului că utilizează un vehicul spaţial pentru a se deplasa în viitor, că vizionează un film sau citeşte o carte în care se vorbeşte despre ceea ce se petrece în viitor) sau indirecte.

Metodele directe utilizează:

- metaforele: „aş dori să-ţi povestesc despre o clientă care şi-a imaginat cum va arăta peste trei luni de la şedinţele în care am făcut exact ce facem noi acum, şi atunci când s-a proiectat în viitor ea a descoperit că...";
- sugestii intercorelate: „mi-ar plăcea să mă uit în jur şi să mă întreb ce se va întâmpla în viitor atunci când tu vei fi în stare să priveşti în urmă şi să apreciezi schimbările pozitive pe care le-ai realizat...";
- sugestii administrate sub forma unor supoziţii: „mă întreb unde te vei afla şi cu ce te vei ocupa atunci când vei constata cu plăcere că nu ai mai fumat de mult timp...";
- întrebări sugestive intercorelate: „poţi să-mi spui cum vei descrie prietenilor tăi modul în care ţi-ai rezolvat problema?".

Aceste abordări demonstrează modalitatea în care clientul este ghidat pentru a-şi construi un montaj mental care să conţină expectaţii pozitive pentru viitor (de Shazer, 1978; Lazarus, 1984; Yapko, 1988, 1992; Hammond, 1990; Torem, 1992).

3. Amnezia

Presupune sugerarea faptului că subiectul aflat în hipnoză va uita la nivel conştient anumite instrucţiuni sau experienţe trăite.

Sugerarea uitării în plan conştient va permite mentalului inconştient să utilizeze în mod creativ experienţa hipnotică, realizând ceea ce această instanţă trebuie să facă.

Amnezia poate fi utilizată şi pentru a alunga din conştiinţă amintirile dureroase.

Yapko (1995) este de părere că în astfel de situaţii amnezia nu trebuie sugerată decât după ce s-a realizat o anumită procesare terapeutică (catharsis) asupra respectivelor amintiri.

Amnezia nu apare în mod automat după orice transă hipnotică aşa cum se crede în mod obişnuit; clientul care este motivat să-şi amintească anumite experienţe sau sugestii administrate o va putea face (Erickson şi Rossi, 1974; Zeig, 1985).

Mai mult decât în cazul altor fenomene hipnotice, amnezia poate fi obţinută mai greu prin intermediul unor sugestii directe, pentru că sugerarea faptului că subiectul va uita tot ce s-a petrecut în cursul şedinţei de hipnoză, poate „suna" ameninţător.

În cazul în care se adoptă o strategie directă, este indicat ca modul de construire a sugestiilor să fie mai puţin ameninţător.

Abordările indirecte pot îmbrăca o varietate de forme dintre care amintim sugestiile indirecte ca atare, comutarea atenţiei şi confuzia (Hilgard, 1968; Cooper, 1979; Zeig, 1985; Evans, 1986).

4. Analgezia şi anestezia

Analgezia şi anestezia se situează pe un continuum care presupune diminuarea sensibilităţii corporale dureroase.

Analgezia presupune sugerarea reducerii durerii în condiţiile perpetuării unor senzaţii asociate (temperatură, presiune, senzaţii legate de poziţia diverselor părţi ale corpului etc.), fapt ce menţine orientarea subiectului în raport cu corpul propriu.

Anestezia presupune eliminarea completă sau aproape completă a sensibilităţii din tot corpul sau dintr-o zonă a acestuia.

Capacitatea de a reduce durerea în limite suportabile reprezintă o particularitate a fiinţei umane şi este considerată una dintre cele mai importante aplicaţii ale hipnozei clinice.

Yapko (1995) este de părere că pacienţii care suferă dureri sunt persoane cu care este în acelaşi timp foarte uşor de lucrat pentru că sunt puternic motivate să fie ajutate şi subiecţi foarte dificili, pentru că durerea le-a afectat toate sectoarele existenţei.

Terapeutul care abordează o astfel de cazuistică trebuie să dea dovadă de foarte multă sensibilitate pentru că durerea presupune totodată anxietate, depresie, sentimente de neajutorare, dependenţă crescută, precum şi restrângerea contactelor sociale.

Chiar şi durerea care prezintă cauze organice bine precizate are componente psihologice ce ţin de modul în care o trăieşte subiectul în cauză şi de consecinţele acesteia.

Hipnoza acţionează mai ales asupra componentelor psihologice ale durerii (teamă, anxietate, sentimente de neajutorare, precum şi expectaţiile negative ale subiectului), dar şi asupra componentelor fiziologice ale acesteia.

Utilizarea hipnozei în combaterea durerii este importantă din următoarele motive:

- hipnoza contribuie la creşterea autocontrolului subiectului, diminuând sentimentele de neajutorare;
- cu ajutorul hipnozei se poate reduce sau chiar elimina medicaţia analgezică, medicaţie care are o serie de efecte secundare şi care produce dependenţă. Hipnoza nu are efecte secundare şi nici nu creează dependenţă. Reducerea durerii cu ajutorul hipnozei se realizează la diverşi subiecţi în grade diferite, dar, indiferent de nivelul acestei reduceri, ea are loc pe căi naturale;
- hipnoza contribuie la funcţionarea subiectului la un nivel mai subtil, punând în acţiune şi disponibilităţile latente de vindecare;
- expectaţiile de bunăstare psihică, senzaţia de confort, precum şi reducerea anxietăţii reprezintă, la rândul lor, factori care facilitează procesul de vindecare sau măcar întârzie degradarea fizică şi psihică a subiectului (Crasilneck şi Hall, 1985; Brown şi Fromm, 1986, 1987; Chaves, 1989, 1993).

În unele cazuri, analgezia se produce spontan în timpul hipnozei deoarece clientul este profund absorbit de experienţele pe care le trăieşte.

Asociată cu catalepsia (inhibiţia mişcărilor voluntare), analgezia caracterizează într-o oarecare măsură persoana hipnotizată care este mai puţin conştientă de corpul său.

Se poate spune că orice metodă care presupune comutarea atenţiei de la senzaţiile corporale are efecte analgezice indirecte.

Clientul poate fi învăţat prin exersare să-şi distragă atenţia de la stimulul dureros şi să se concentreze asupra unor gânduri pozitive, imagini sau amintiri plăcute, stări afective benefice etc.

Abordarea directă a analgeziei implică sugestii directe de reducere sau dispariţie a sensibilităţii într-o anumită zonă a corpului.

Una dintre tehnicile mai frecvent utilizate este cea a anesteziei „în mănuşă": subiectului i se sugerează anestezia la nivelul unei mâini (de regulă cea dominantă), apoi „senzaţia" este transferată în oricare altă parte a corpului.

Analgezia se poate realiza şi prin sugerarea disocierii între corp şi psihic, fiecare componentă desfăşurându-şi existenţa în alt plan.

Alte modalităţi de inducere a analgeziei:

– sugerarea amneziei faţă de perioadele dureroase. Se utilizează mai ales în cazul în care subiectul trebuie să urmeze proceduri medicale dureroase şi repetate;

– sugerarea reducerii gradate a durerii, care descreşte treptat, la anumite intervale de timp;

– pseudoorientare în timp prin care clientul este proiectat în viitor (progresie de vârstă) într-o perioadă în care procesul patologic s-a încheiat;

– regresia de vârstă într-o perioadă anterioară apariţiei durerii (Erickson, 1966; Barber, 1977; Barber şi Adrian, 1982; Erickson, 1983; Hammond, 1990; Hilgard şi Hilgard, 1994).

5. Catalepsia

Catalepsia este definită ca o inhibiţie a mişcărilor voluntare asociată cu o concentrare intensă a atenţiei asupra unui stimul specific.

Cu cât clientul este mai concentrat asupra sugestiilor administrate de terapeut, cu atât el va manifesta o reacţie de tip cataleptic mai amplă.

Reacţia cataleptică include: fixitatea privirii, imobilitate posturală, iar pentru subiecţii aflaţi în hipnoză profundă, „flexibilitate ceroasă" (se poate imprima membrelor orice poziţie pe care o stabileşte terapeutul), asociată cu un comportament catatonic (subiectul menţine un timp îndelungat poziţii incomode ale membrelor), rigiditate musculară, mişcări involuntare, precum şi încetinirea unor procese psihofiziologice cum ar fi ritmul respirator, cardiac, reflexele de clipit sau înghiţit.

Simptomele catalepsiei pot constitui indicatori ai prezenţei unei transe profunde, dar pot fi induse şi în mod deliberat din raţiuni terapeutice.

Catalepsia reprezintă un fenomen specific pentru hipnoză, fenomen care se asociază direct sau indirect cu orice manifestare de tip hipnotic.

Catalepsia este rezultatul focalizării atenţiei asupra unei realităţi diferite, care îndepărtează subiectul de realitatea concretă, făcând posibilă apariţia unor fenomene cum ar fi: regresia de vârstă, analgezia, distorsionările senzoriale etc.

Catalepsia poate fi indusă direct în scopuri terapeutice (de pildă, pentru persoanele la care este necesară limitarea mişcărilor pentru o recuperare motorie mai rapidă) sau poate avea ca obiectiv facilitarea demersului hipnoterapeutic general (prin focalizarea accentuată a atenţiei asupra unui stimul este stimulată activitatea independentă a instanţelor psihice de natură inconştientă).

Orice stimul care captează puternic atenţia clientului poate facilia apariţia unui răspuns de tip cataleptic: o povestire captivantă, surpriza, şocul sau confuzia (Rossi, 1973; Bloom, 1990).

Sugerarea catalepsiei poate avea loc direct sau indirect, prin sugestii verbale sau non-verbale.

Metodele verbale constau în administrarea unor sugestii de relaxare şi imobilitate posturală, în timp ce o tehnică non-verbală ar putea fi cea a modelării, prin intermediul căreia terapeutul trece treptat de la o comunicare animată, bazată pe rutine conversaţionale la o stare de relaxare şi imobilitate, inducându-i clientului starea de transă (Erickson, 1983, 1985; Gilligan, 1987).

6. Disocierea

Disocierea este definită drept capacitatea de a descompune experienţa psihologică în părţile sale componente, amplificând conştientizarea uneia dintre experienţe concomitent cu diminuarea conştientizării altei experienţe.

Din păcate, majoritatea clinicienilor nu cunosc decât aspectele patologice ale fenomenelor disociative, ignorându-le pe cele normale care au aplicaţii în hipnoterapie.

În cadrul disocierii realizate prin intermediul hipnoterapiei, mentalul conştient va fi prea ocupat de un stimul anume asupra căruia s-a concentrat atenţia subiectului, în timp ce mentalul inconştient va fi liber să desfăşoare activităţile pe care le crede de cuviinţă. Cu cât starea hipnotică este mai profundă, cu atât gradul de disociere este mai mare şi cu atât subiectul va avea mai multe posibilităţi să proceseze la nivel inconştient, generând răspunsuri automate, spontane: se pot actualiza amintiri uitate, se poate produce levitaţia unui braţ, subiectul poate rămâne într-o poziţie imobilă sau poate să se reducă, până la dispariţie, sensibilitatea (Hilgard, 1986; Cardena şi Spiegel, 1991; Spiegel, 1993).

Sugestiile de disociere propun mentalului conştient să se concentreze asupra unui stimul, în timp ce mentalul inconştient este încurajat să realizeze altceva şi să acumuleze experienţe, făcând abstracţie de conştiinţă.

Sugestiile directe de disociere îi permit clientului să descopere că este posibil să trăiască simultan experienţe care se desfăşoară la mai multe nivele şi că aceste experienţe au un caracter spontan şi automat.

În mod indirect, disocierea se produce prin sugerarea oricărui fenomen hipnotic, ea putând fi indusă prin intermediul metaforelor, confuziei sau prin orice tip de alte sugestii cu caracter indirect.

7. Halucinaţiile şi modificările senzoriale

Halucinaţiile sunt percepţii fără obiect care pot să apară şi la subiecţi normali, în urma inducţiei hipnotice. Acestea pot să fie pozitive, când subiectul percepe un obiect sau o persoană care nu este prezentă, şi negative, situaţie în care un obiect prezent nu este perceput ca atare.

Prin sugerarea unor halucinaţii, terapeutul modifică parametrii conştientizării senzoriale, situaţie în care clientul va percepe lumea într-un mod diferit, facilitând activarea unor resurse interioare cu caracter adaptativ.

În timpul inducţiei hipnotice, halucinaţiile pot să apară şi spontan.

De regulă, sugerarea unei halucinaţii se realizează prin intermediul unor sugestii directe.

În mod indirect, sugerarea faptului că pacientul este conştient de prezenţa braţului său drept poate reprezenta o sugestie indirectă că nu îşi simte piciorul (Erickson, Rossi, şi Rossi, 1976; Bandler şi Grinder, 1992).

8. Reacţiile ideodinamice

Reprezintă răspunsuri automate care se pot declanşa la nivel motor, senzorial şi afectiv (termenul de ideodinamic provine de la transformarea unei „idei" într-o acţiune; în mod concret avem de-a face cu reacţii ideomotorii, ideosenzoriale şi ideoafective). Aceste reacţii sunt declanşate de instanţele de natură inconştientă ca răspuns la stimuli interni sau externi.

II. Inducţia hipnotică

Indicaţii pentru realizarea unei comunicări hipnotice eficiente (Yapko, 1995)

1. Sugestiile terapeutice trebuie să fie simple şi uşor de înţeles.

Cu excepţia celor construite special pentru a produce confuzie, sugestiile clare şi simple îi permit clientului să se lase „dus" de hipnoză fără a analiza, a interpreta sau a critica la nivel conştient ceea ce se petrece.

Cu cât sugestiile sunt mai complicate, cu atât clientul trebuie să facă apel la mentalul conştient pentru a le înţelege şi cu cât nivelul conştient este mai activ, cu atât e mai limitat accesul la zonele inconştiente, ceea ce nu este în avantajul hipnozei.

2. Demersul hipnotic este mai eficient dacă se utilizează limbajul clientului.

Cuvintele reflectă stări psihice cu caracter subiectiv şi din acest motiv, chiar dacă mai mulţi oameni utilizează aceleaşi cuvinte, nu înseamnă că trăiesc aceleaşi experienţe.

În cazul în care terapeutul va „traduce" spusele clientului în limbajul său propriu şi apoi va comunica prin intermediul acestuia va genera, aproape sigur, lipsa de înţelegere între cei implicaţi în demersul terapeutic.

3. Terapeutul trebuie să solicite clientul să-şi exprime trăirile în termeni experienţiali.

Este important cu pacientul să-şi descrie cu lux de amănunte experienţele, pentru că recurgând la câteva cuvinte simple nu poate furniza suficiente informaţii în legătură cu ceea ce simte. Cu cât descrierea acestora este mai detaliată, cu atât terapeutul are mai multe şanse de a realiza o intervenţie adecvată.

4. Construirea sugestiilor utilizând predominant timpul prezent şi într-un mod pozitiv

În general, sugestiile trebuie să fie exprimate la timpul prezent şi să se refere la ceea ce simte persoana.

În structurarea sugestiilor hipnotice trebuie să se realizeze conexiunea dintre ceea ce se petrece „aici şi acum" cu ceea ce se aşteaptă în viitor, ca în exemplul de mai jos:

„Pe măsură ce trăieşti starea X, vei începe să realizezi comportamentul (să simţi starea Y)."

Terapeutul va căuta să obţină cât mai multe informaţii referitoare la starea actuală a clientului său, pentru a realiza cât mai bine conexiunile cu starea care se doreşte în viitor.

Subliniem, de asemenea, necesitatea de a formula sugestiile în termenii gândirii pozitive, acestea trebuind să sugereze ce anume poate să facă persoana şi nu ceea ce nu poate (Grinder şi Bandler, 1981; Hammond, 1990).

5. Clientul trebuie încurajat şi susţinut prin întăriri pozitive.

Aceste feed-back-uri pozitive au menirea de a conduce clientul în aşa fel încât acesta să conştientizeze forţa şi resursele sale interne latente pe care le-a ignorat până atunci (Erickson şi Rossi, 1979; Hammond, 1990). Astfel, clientul va trebui să-şi asume responsabilitatea propriilor trăiri şi să-şi dea seama că are puterea să controleze, dacă nu evenimentele existenţei, măcar reacţiile sale faţă de acestea.

6. Comunicarea terapeutică trebuie să utilizeze modalitatea senzorială dominantă a clientului.

Aşa cum subliniază Bandler şi Grinder (1979), iniţiatorii programării neurolingvistice (P.N.L.), oamenii culeg, stochează şi procesează informaţia în acord cu stilul lor personal care presupune operarea într-o modalitate senzorială dominantă: vizuală, auditivă sau kinestezică.

În cazul în care terapeutul va identifica modalitatea senzorială favorită a clientului, acesta va trebui să adapteze comunicarea şi să utilizeze respectiva modalitate senzorială, făcându-se astfel mai bine înţeles şi acceptat de către pacient.

Informaţiile referitoare la modalitatea senzorială preferată pot fi obţinute prin observarea atentă a modului în care se exprimă clientul, mai ales a predicatelor pe care acesta le foloseşte. Astfel, dacă terapeutul doreşte să orienteze clientul în direcţia vizuală, el va trebui să utilizeze o terminologie în care să fie prezenţi termeni care se referă la experienţe vizuale.

„Imaginează-ţi că te afli la mare, pe plaja... caută să vezi cât mai clar marea, valurile, linia orizontului, siluetele îndepărtate ale vapoarelor... admiri imaginea razelor de soare care se reflectă în apa mării... vezi nisipul galben, oamenii care se relaxează în vacanţă... cerul albastru, cu nori albi...".

În cazul în care terapeutul doreşte să sugereze o experienţă auditivă, el poate transmite următorul mesaj:

„Eu nu ştiu ce îţi spui atunci când vorbeşti cu tine însuţi prin intermediul gândurilor tale..., dar acest dialog interior joacă un rol însemnat în ghidarea experienţelor tale... şi ar fi foarte bine dacă te-aş auzi spunându-ţi în gând lucruri bune, care să te facă să ai mai multă încredere în tine..."

Modalitatea kinestezică se referă atât la stări afective, cât şi la senzaţii kinestezice:

„Atunci când îţi aminteşti de o experienţă plăcută, retrăieşti sentimentul minunat de a fi iubită... simţi aprecierea din partea prietenului tău... şi sentimentul este atât de puternic încât parcă prinde contur, parcă îl poţi atinge... şi această plenară experienţă emoţională va fi mereu prezentă în tine şi îţi va da forţă pentru întreaga viaţă."

Yapko (1995, p. 86) este de părere că în măsura în care terapeutul focalizează atenţia clienţilor asupra unor aspecte pe care aceştia nu le remarcă în mod obişnuit, demersul psihoterapeutic va fi mai bine apreciat de aceştia.

7. Clientului i se vor furniza doar acele informaţii care sunt absolut necesare.

Terapeutul va trebui să informeze clientul în legătură cu ceea ce se va petrece în cursul şedinţei de hipnoză, evitând însă să-i explice în detaliu aspectele referitoare la tehnica pe care o va utiliza, pentru a-l împiedica să dezvolte rezistenţe pe baza analizării şi criticării tehnicii aplicate. Mai mult, o tehnică sugestivă deconspirată nu va mai funcţiona ca atare.

8. Pacientului trebuie să i se acorde un timp suficient pentru a reacţiona.

Oamenii sunt în general tentaţi să aprecieze desfăşurarea evenimentelor conform ritmului lor propriu. În hipnoză, dacă terapeutul procedează astfel, el va putea să periclitеze comunicarea cu pacientul. De aceea, el nu trebuie să-l oblige pe client să reacţioneze atunci când crede că ar fi necesar, lăsându-l să reacţioneze în ritmul său personal.

9. Terapeutul trebuie să solicite permisiunea clientului dacă doreşte să-l atingă.

Atingerea reprezintă un gest de intimitate, o intruziune în lumea personală a clientului, şi acesta o poate percepe ca pe o violare a teritoriului său, mai ales dacă a avut experienţe negative de acest gen.

Un alt motiv pentru care nu este indicat ca terapeutul să-l atingă pe pacient fără permisiune îl constituie faptul că subiectul aflat în transă are atenţia orientată spre interior, iar o atingere neaşteptată l-ar reorienta spre lumea exterioară.

10. Administrarea unor mesaje anticipatorii.

Acestea reprezintă afirmaţii prin intermediul cărora terapeutul îl informează pe client în legătură cu intenţiile sale, pentru ca pacientul să nu fie luat prin surprindere. Astfel, pacientul se va simţi în siguranţă şi nu va fi nevoit să

acorde atenţie tuturor acţiunilor terapeutului, o asemenea analiză conştientă fiind în detrimentul hipnozei.

Mesajele anticipatorii reprezintă formulări simple în legătură cu ceea ce urmează să se petreacă: „curând eu voi...".

Aceste mesaje sunt necesare deoarece este foarte dificil pentru un subiect hipnotizat să fie în acelaşi timp în stare de alertă şi relaxat.

11. Tonul şi ritmul vocii terapeutului trebuie să fie în concordanţă cu intenţiile sale.

O voce tensionată este improprie pentru a sugera o stare de relaxare.

O altă incongruenţă ar consta în inducerea hipnozei pe un ton de conversaţie.

Cele mai bune rezultate se obţin dacă vocea hipnoterapeutului este caldă, blândă, cu modulaţii adecvate în funcţie de sugestiile administrate.

12. Realizarea unor conexiuni între sugestii.

Bandler şi Grinder (1979) se referă la acţiunile de „pacing" (intrarea terapeutului în rezonanţă cu clientul) şi „leading" (ghidarea acestuia în direcţia dorită).

Erickson şi Rossi (1979) subliniază importanţă acceptării şi utilizării a tot ceea ce face subiectul în timpul hipnozei.

Yapko (1995) vorbeşte de procedeul de conectare a sugestiilor (lanţuri de sugestii) prin intermediul căruia terapeutul va stabili o punte de legătură între ceea ce face subiectul şi ceea ce se doreşte ca el să facă, după modelul: „pe măsură ce realizezi X, vei experimenta starea Y" („faptul că stai relaxat pe fotoliu şi asculţi vorbele mele îţi va permite să-ţi simţi braţul drept tot mai greu, din ce în ce mai greu").

Aceste conexiuni asigură continuitatea demersului hipnotic.

Hammond (1990) şi O'Hanlon (1995) afirmă că exprimarea din cadrul procedurilor de inducţie hipnotică reprezintă „un coşmar" pentru filologi, în timp ce pentru subiectul aflat într-o stare modificată de conştiinţă este foarte uşor de urmărit.

13. Sugestiile cu caracter mai general sunt mai eficiente decât cele foarte precise.

Astfel, este mai probabil ca un subiect să reziste unei sugestii de tipul „braţul tău drept devine tot mai cald" decât unei sugestii mai vagi, cum ar fi: „observă ce modificare de temperatură apare într-unul din braţele tale...".

Inducţia hipnotică reprezintă procedeul prin care se realizează transa hipnotică. Aceasta presupune concentrarea asupra unui obiect de dimensiuni mici, de regulă strălucitor, asupra unei anumite zone a corpului (de exemplu, punctul

dintre sprâncene), asociată cu administrarea de către terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolenţă.

Hartland (1971) distinge trei faze ale inducţiei hipnotice: a) faza de pregătire; b) inducţia hipnotică propriu-zisă; c) faza de adâncire a transei.

a) În *faza de pregătire* a inducţiei hipnotice, terapeutul trebuie să explice subiectului în ce constă hipnoza, ce se aşteaptă de la el şi ce efecte poate avea aplicarea acestei tehnici. Se insistă mai ales asupra avantajelor pe care le are hipnoza în eliminarea unor simptome de care subiectul vrea să scape. Este necesar ca terapeutul să-l asigure pe pacient că nu are de ce să-i fie frică şi că va trăi experienţe agreabile. Subiecţii anxioşi trebuie interogaţi de către terapeut asupra fricii lor şi încurajaţi s-o depăşească. De exemplu, în cazul unui subiect care se teme că ar putea fi manipulat de terapeut, este necesar să i se explice că el nu-şi va pierde starea de conştienţă şi că, dacă doreşte, va putea ieşi oricând din transa hipnotică. În această fază de pregătire i se cere pacientului să fie cât mai pasiv şi să nu încerce să-l ajute sau să se opună terapeutului. Se precizează că este interesul lui să beneficieze de avantajele hipnozei şi că, dacă nu vrea să fie hipnotizat, ar fi mult mai bine să se adreseze altui specialist. În continuare i se dă subiectului indicaţia de a nu-şi analiza starea, de a nu încerca să afle ce e cu el. El trebuie doar să respecte instrucţiunile terapeutului.

b) *Faza de inducţie* hipnotică propriu-zisă cuprinde comportamentele impuse de terapeut subiectului, la care se adaugă ceea ce spune şi face terapeutul. Inducţia hipnotică presupune distragerea de la stimulii perturbatori externi, concentrarea asupra unui subiect de dimensiuni mici şi asupra spuselor terapeutului, sugerarea relaxării şi somnolenţei, stimularea jocului liber şi a imaginaţiei.

După Kubie şi Margolin (cit. Hartland, 1971), inducţia hipnotică ar avea trei componente: 1) sugerarea imobilităţii; 2) fixarea privirii; 3) administrarea de stimuli monotoni.

După Gil şi Brennman, în astfel de situaţii terapeutul:

1) contribuie la sărăcirea stimulărilor senzoriale ale subiectului prin limitarea mişcărilor corporale;
2) încearcă să altereze imaginea rezultată ca urmare a conştientizării corporale a subiectului;
3) sugerează un fel de proces de disociere focalizând atenţia subiectului asupra mişcărilor proprii, astfel încât unele mişcări care, de regulă, se produc în mod involuntar devin voluntare;
4) sparge tiparul relaţiilor adaptative normale ale subiectului, creând un fel de atmosferă magică.

În inducţia hipnotică, terapeutul are la dispoziţie două strategii speciale:

1) o strategie de privare senzorială;
2) o strategie care dezvoltă un tip de relaţie interumană specifică între terapeut şi pacient, relaţie cu un profund conţinut transferenţial.

Testarea gradului de hipnotizabilitate

Sugestibilitatea şi comunicarea hipnotică eficientă

Specialiştii în psihologie socială, dar şi practica evidenţiază faptul că modul de a reacţiona al unui individ se modifică datorită influenţei altui individ, adesea într-un mod sistematic şi predictibil (Cialdini, 1985; Sherman, 1988).

Reclama utilizează multe tehnici bazate pe sugestie pentru a determina pe cineva să cumpere un anumit produs.

Tendinţa şi deprinderea de a cumpăra este întărită pentru că în cadrul reclamei se spune cât de inteligenţi, frumoşi, masculini, atrăgători etc. sunt cei care utilizează produsul X şi, în acelaşi timp, li se promite clienţilor un anumit grad de recunoaştere şi apreciere în plan social.

Yapko (1995, p. 38) defineşte sugestibilitatea în sens larg ca reprezentând deschiderea de a accepta şi de a răspunde la idei şi informaţii noi. Odată acceptată, noua informaţie va putea, în funcţie de valoarea sa subiectivă, să modifice experienţele interioare ale persoanei într-o măsură mai mare sau mai mică.

Pacientul receptiv la psihoterapie este sugestibil pentru că doreşte să-şi însuşească informaţii şi experienţe noi care să-l ajute să se elibereze de problemele sale.

Majoritatea indivizilor nu sunt însă total necritici în acceptarea noilor informaţii, gradul lor de sugestibilitate fiind diferit.

Yapko (1995) realizează o diferenţiere între sugestibilitate şi credulitate, subliniind faptul că hipnoza nu îi face pe oameni creduli şi lipsiţi de simţ critic.

Influenţa sugestivă care se manifestă în domeniul psihoterapiei în general şi al hipnozei în mod special ţine şi de figura psihoterapeutului care este o persoană învestită cu autoritate, pregătită să realizeze diagnoza şi intervenţia psihologică.

Forţa terapeutului nu ţine atât de personalitatea acestuia, cât mai ales de atitudinea pacientului faţă de el (Diamond, 1984; Barber, 1991; Strauss, 1993).

Yapko (1995) subliniază faptul că există mai multe forme de putere: coercitivă (rezultată din capacitatea de a administra sancţiuni), bazată pe recompense (materiale şi psihologice), legitimă (rezultată din poziţia socială ocupată), derivată din calitatea de expert (bazată pe deţinerea unor cunoştinţe într-un domeniu)

şi carismatică (ţinând de particularităţi ale personalităţii cum ar fi amabilitatea, căldura afectivă, abilităţi empatice etc.).

Toate aceste tipuri de putere (poate într-o măsură mai redusă prima) interacţionează în cadrul demersului psihoterapeutic.

Ţinând seama de aceste aspecte, psihoterapeutul va trebui să-şi utilizeze puterea în mod nuanţat şi dând dovadă de respect pentru pacientul său (Aronson, 1992; Frauman, Lynn şi Brentar, 1993).

Relaţia hipnotică are la bază şi alte trebuinţe umane, cum ar fi cele de acceptare şi de apartenenţă.

Majoritatea pacienţilor care solicită ajutor psihologic se întreabă dacă, dezvăluindu-şi temerile, îndoielile şi imperfecţiunile, ei vor fi acceptaţi şi agreaţi sau respinşi şi criticaţi de către terapeut.

Pentru a-şi satisface trebuinţele de acceptare şi apartenenţă, pacienţii caută să-i facă pe plac terapeutului (comportamentele îmbracă o arie foarte largă, de la obţinerea unor bune rezultate în cadrul terapiei şi până la oferirea unor mici cadouri) şi se conformează sistemului de valori şi stilului acestuia. De aceea, acordarea de recompense psihologice reprezintă un puternic instrument care sporeşte eficienţa psihoterapiei.

Un alt element care influenţează relaţia terapeut-client în cadrul hipnoterapiei îl reprezintă expectaţiile celor implicaţi în relaţie.

Poate că cel mai sugestiv termen pentru a descrie acest fenomen este cel de „profeţie autoîmplinită" care postulează faptul că noi aşteptăm ca un anumit lucru să se întâmple şi ceea ce aşteptăm să nu se întâmple nu se va întâmpla, pentru că noi armonizăm în mod inconştient comportamentul cu expectaţiile noastre. Astfel, ideile, atitudinile şi opiniile unei persoane în legătură cu activităţile sale viitoare vor conduce experienţele prezente în direcţia respectivă. Cu cât persoana investeşte emoţional mai mult în acele expectaţii, cu atât aceasta va fi mai puţin înclinată să trăiască experienţe subiective care să le contrazică (Zeig şi Rennick, 1991; Torem, 1992; Coe, 1993).

Un alt element care trebuie avut în vedere atunci când vorbim despre sugestibilitatea umană se referă la nevoia de consistenţă internă şi de armonizare psihică. Oamenii au tendinţa fie de a omite informaţiile cu caracter contradictoriu, fie de a le reajusta până când se potrivesc unele cu altele.

De asemenea, atunci când se simt nesiguri din cauza noutăţii sau ambiguităţii situaţiilor, subiecţii se vor adresa altora pentru a obţine clarificări şi cu cât explicaţiile se potrivesc mai mult cu propriile lor expectaţii, cu atât acestea vor fi acceptate mai uşor şi la un nivel mai profund.

Nevoia de a reduce disonanţa cognitivă (Festinger, 1957) poate să determine pe cineva să afirme că a beneficiat de pe urma unui serviciu medical sau psihologic pe care l-a plătit.

Aceia care au investit bani, speranţe şi timp într-o anumită activitate doresc cu disperare ca aceasta să aibă un rezultat cât de mic, pentru a-şi justifica respectiva investiţie.

Problematica disonanţei cognitive şi a expectaţiilor trebuie avută în vedere şi atunci când clientul la psihoterapie se consideră un caz lipsit de speranţă şi se „străduieşte" să demonstreze acest lucru chiar în dezavantajul său, devenind un pacient permanent al cabinetelor de psihoterapie care nu poate fi ajutat de nimeni.

Nu există reguli precise pentru a realiza o comunicare psihoterapeutică eficientă. Ceea ce se potriveşte unui client poate să nu se potrivească altuia.

Unii pacienţi doresc să li se spună exact ce au de făcut, în timp ce alţii preferă să li se dea o indicaţie cu caracter general şi să fie lăsaţi să se descurce singuri.

De asemenea, la unii pacienţi cresc expectaţiile dacă sunt supuşi unor încercări pentru a-şi atinge obiectivele (se află, de pildă, pe lista de aşteptare), în timp ce alţii resping confruntarea cu cel mai mic obstacol.

Există pacienţi care au nevoie de dovezi obiective pentru orice demers la care sunt supuşi; unii sunt suspicioşi, alţii deschişi faţă de ideile care li se prezintă, în timp ce alţii preferă să-şi clarifice singuri confuziile.

Pentru a exercita o influenţă eficientă, terapeutul trebuie să ţină seama de gradul de sugestibilitate a fiecărui pacient, descoperind care sunt nevoile şi expectaţiile sale şi căutând să vină în întâmpinarea acestora.

O variabilă semnificativă care influenţează eficienţa comunicării de tip hipnotic ţine de modalitatea în care răspund la mesaje mentalul conştient şi inconştient.

În cursul hipnozei sugestiile administrate sunt astfel structurate încât să se adreseze instanţelor psihice inconştiente, în timp ce instanţele de natură conştientă sunt ocupate cu un alt tip de activitate. Cele două tipuri de instanţe au atât funcţii distincte, cât şi funcţii comune, suprapunerile permiţându-le să lucreze sinergic, în timp ce diferenţele conduc la reacţii de tip disociativ.

Mentalul conştient ne permite să ne dăm seama de ceea ce se petrece, să fim atenţi la ceva, să analizăm, să judecăm, să concluzionăm şi să luăm decizii. Multe dintre limitările pe care ni le impunem singuri ţin de aspectele critice ale procesării de tip conştient.

Mentalul inconştient reprezintă rezervorul tuturor experienţelor achiziţionate de-a lungul vieţii individului, informaţii şi experienţe învăţate, nevoi, trebuinţe, deprinderi, modele de comportament.

Spre deosebire de mentalul conştient, structurile inconştiente nu au un caracter rigid, analitic şi limitativ, acestea răspunzând la comunicarea experienţială şi operând cu metafore şi simboluri într-o manieră mai globală (Brown, 1991; Ornstein, 1991).

Pentru a utiliza în mod eficient hipnoza este necesară transcenderea instanţelor critice de natură conştientă.

Faptul că un individ nu-şi dă seama că acumulează informaţii nu înseamnă că nu o face, informaţiile stocate la nivel inconştient având aceeaşi forţă sau chiar una mai mare comparativ cu cele conştiente.

Mentalul conştient al unui client aflat în hipnoză va trece de la o idee la alta sau de la o imagine la alta, în timp ce structuri inconştiente continuă să recepţioneze sugestiile administrate de hipnoterapeut şi să reacţioneze la acestea (Crawford, 1990; Dixon, Brunet şi Laurence, 1990; Cheek, 1994).

Aşa cum am mai precizat, în timp ce mentalul conştient se ocupă de analizarea raţională a conceptelor, cel inconştient este preocupat de experienţe psihologice subiective. Astfel, comunicarea hipnotică se realizează la nivel multinivelar, sugestiile adresându-se simultan structurilor conştiente şi celor inconştiente, unde se deschid noi perspective de înţelegere şi actualizare a unor resurse latente (Bowers şi Okman, 1992; Hilgard, 1992).

Faptul că informaţiile pot fi transmise şi procesate fără ca persoana să conştientizeze neapărat acest lucru alimentează multe din temerile subiecţilor faţă de hipnoză, aceştia considerând că terapeutul le-ar putea transmite mesaje nocive.

Persoanele care nutresc astfel de temeri nu au cunoştinţă de existenţa mecanismelor inconştiente de apărare ale egoului care acţionează pentru a conserva stima de sine a subiectului şi pentru a-l ajuta să evite conflictele intrapsihice.

Mulţi autori contemporani nu se mai referă la dualitatea conştient-inconştient, ci la lateralitatea cerebrală, respectiv la funcţionarea emisferei cerebrale stângi şi a celei drepte. Conform acestei interpretări, hipnoza presupune distragerea şi ocuparea emisferei stângi cu anumite conţinuturi de natură psihică, concomitent cu utilizarea resurselor ce ţin de emisfera cerebrală dreaptă, la acest nivel operându-se cu material senzorial, descriptiv şi emoţional.

Înainte de a trece la faza de inducţie hipnotică propriu-zisă, terapeutul verifică gradul de sugestibilitate prin teste aplicate în stare de veghe. Menţionăm câteva dintre acestea:

a) testul oscilaţiei corpului;
b) testul catalepsiei pleoapelor;
c) testul încleştării degetelor.

a) *Testul oscilaţiei corpului.* Subiectului i se cere să stea cu spatele la experimentator şi să-şi relaxeze toţi muşchii (este indicat ca subiectul să poarte pantofi cu tocuri joase). Instructajul care se administrează este următorul:

„Doresc să stai în picioare cu vârfurile apropiate. Închide ochii și relaxează-te. În câteva momente îți voi cere să-ți imaginezi că vii pe spate. Eu voi pune mâinile pe spatele tău și vei simți cum mâinile mele te trag tot mai mult, vii tot mai mult pe spate. Nu-ți fie teamă. Lasă-te dus, eu voi sta în spatele tău și te voi prinde... etc.".

Se consideră sugestibil acel subiect care are tendința de a cădea în direcția sugerată.

b) *Testul catalepsiei pleoapelor.* Subiectului, așezat într-o poziție comodă, i se administrează următoarele sugestii:

„Doresc să închizi ochii și să te relaxezi. Nu te teme, deocamdată nu te voi hipnotiza. Fii atent la vocea mea și relaxează-te. Pe măsură ce te relaxezi, pleoapele tale devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, grele ca de plumb. Curând vei constata că ți-e foarte greu să deschizi ochii, deoarece pleoapele tale sunt grele, foarte grele, grele ca de plumb. Îți va fi foarte greu să deschizi ochii când ți se va spune s-o faci. Pleoapele tale sunt foarte grele. Foarte grele și strâns lipite. Ochii sunt atât de bine închiși, încât nu-i poți deschide. Încearcă să deschizi ochii".

Dacă subiectul are dificultăți în deschiderea ochilor, terapeutul îl poate considera un bun subiect pentru hipnoză.

c) *Testul încleștării degetelor.* I se cere subiectului să-și scoată inelele și i se administrează următorul instructaj:

„Doresc să-ți încleștezi degetele (se demonstrează). Acum uită-te în ochii mei și strânge degetele unele într-altele. Strânge degetele cât poți de tare. Pe măsură ce strângi degetele unele într-altele vei constata că degetele devin tot mai încleștate, tot mai strânse unele în altele, ca și cum ar fi sudate. Degetele sunt tot mai încleștate, tot mai strânse, tot mai încleștate, încât nu poți să le desfaci. Ți-e imposibil să le desfaci. Încearcă să-ți desfaci degetele, cu cât încerci mai mult cu atât reușești mai puțin... Încearcă! Dar nu poți".

Cu subiecții care nu pot desface degetele sau le desfac doar parțial se poate trece la inducția hipnotică.

d) *Testul rigidității brațului.* Subiectului așezat pe scaun i se dau următoarele instrucțiuni:

„Întinde brațul drept înainte, la înălțimea umărului (se demonstrează). Strânge pumnul, uită-te în ochii mei și imaginează-ți că brațul tău drept devine rigid, tot mai rigid, ca o bară de oțel. Brațul tău devine rigid, țeapăn, parcă ar fi o bară de oțel și știi că este imposibil să îndoi o bară de oțel așa cum este brațul tău. Brațul tău este rigid, tot mai rigid. Încearcă, dar nu poți."

Ca și în cazul celorlalte teste de sugestibilitate, dacă subiectul nu poate îndoi brațul, terapeutul îl poate considera potrivit pentru hipnoză.

Înainte de inducția hipnotică, terapeutul trebuie să-i spună subiectului că închiderea ochilor nu este obligatorie pentru hipnoză. Mai ales în hipnoza profundă, subiectul poate rămâne cu ochii deschiși. Uneori, subiectul aflat în hipnoză poate deschide spontan ochii fără un motiv special, dar el se află totuși în transă, iar pentru închiderea ochilor se dă o simplă comandă:

„Închide ochii".

Se descriu subiectului experiențele pe care acesta trebuie să le trăiască, apoi sugestiile se dau la timpul prezent, ca și cum s-ar petrece chiar atunci, pe un ton monoton, repetitiv, blând. Când este evident că subiectul se află în hipnoză, se pot da sugestii într-o manieră mai autoritară.

Marlene Hunter (1988) subliniază faptul că pentru însușirea unei tehnici de inducție hipnotică este tot atât de important *ce* spui și *cum* spui. Regulile de care ținem seama sunt următoarele:

- Terapeutul trebuie să se asigure că există o concordanță între cuvinte și tonul vocii. De pildă, când dăm sugestii de genul: „te relaxezi tot mai adânc, tot mai adânc, mai profund"... etc., vocea trebuie să reflecte sugestiile verbale.
- În măsura posibilităților, se recomandă evitarea negațiilor. Dacă spunem „nu vei mai simți panica" mai mult ca sigur că subiectul va trăi respectiva stare. O sugestie de tipul „te vei simți confortabil, în siguranță...", are mult mai multe șanse de succes.

Adesea, chiar și cei mai experimentați terapeuți par să uite că limbajul subconștientului este format din imagini, logica și cuvintele reprezentând modelul de lucru al nivelului conștient.

- Este mai indicată utilizarea unor sugestii cu caracter permisiv, securizant, ca de pildă: „simte-te cât de relaxat dorești", sau „poate ți se va părea interesant să explorezi stările tale psihice" etc.
- Evitați, pe cât posibil, utilizarea cuvântului „încearcă", deoarece acest termen sugerează că subiectul ar putea să nu reușească; este mai bine să folosim termeni ca „explorează", „descoperă", „învață" etc.
- Amintiți-vă că unele momente de tăcere plasate din când în când după afirmații securizante de tipul „e mai bine așa" sunt bine venite.
- O regulă de bază o constituie atitudinea degajată a terapeutului, deoarece în acest caz și pacientul se va simți în largul său.

Există diferite tehnici de inducție hipnotică, dintre care vom enumera câteva: tehnica fixării cu privirea (este foarte obositoare pentru terapeut); tehnica fixării pe un obiect exterior. Astfel, pot fi folosite obiecte strălucitoare de dimensiuni mici, de exemplu: o bilă metalică fixată pe o tijă, o bilă de cristal pe care terapeutul o ține în mână, un capac de stilou. De asemenea, se poate utiliza o țintă, ca de pildă, o bucată de carton cenușiu sau verde pal, pe care se prinde

un nasture matalic strălucitor, argintiu sau auriu. O altă tehnică are în vedere concentrarea pe degetele terapeutului ţinute în poziţie de V, terapeutul coborând degetele şi spunându-i subiectului că pleoapele acestuia coboară. Se mai foloseşte şi concentrarea pe punctul dintre sprâncene, pe un punct aflat pe perete sau pe tavan. La copii se utilizează frecvent concentrarea pe unghia degetului pe care se desenează un cap de păpuşă.

Gibson şi Heap (1991) sunt de părere că, atunci când se discută despre procesul de inducţie al hipnozei, trebuie avute în vedere două elemente:

- În primul rând, subiectul hipnotizat acceptă să reducă activităţile cognitive de procesare a informaţiei, lăsând această sarcină în seama terapeutului, situaţie în care se produce o modificare a modului de a percepe realitatea înconjurătoare.
- În al doilea rând, vocea hipnotizatorului devine tot mai mult singurul canal de percepere a informaţiei, subiectul hipnotizat recepţionând un număr limitat de stimuli şi idei care îi sunt sugerate de către terapeut.

Succesul hipnozei depinde în mare măsură de alegerea limbajului adecvat pentru fiecare subiect, limbaj ce trebuie să cuprindă metafore şi termeni simpli prin intermediul cărora se descriu stările şi comportamentele pe care trebuie să le manifeste persoana hipnotizată.

Aşa cum am mai subliniat, este bine să se discute cu pacientul pentru a afla şi pentru a înlătura prejudecăţile, concepţiile greşite sau expectaţiile nerealiste.

Hilgard şi Le Baron (1984) consideră că există trei componente de bază ale procesului de inducţie hipnotică: relaxarea, imaginaţia şi controlul comportamentului motor.

Inducţia prin intermediul relaxării

Una dintre modalităţile cele mai răspândite şi mai eficiente de inducţie hipnotică se bazează pe sugerarea relaxării musculare. Această tehnică recurge adesea la metafora somnului, deşi este evident că hipnoza şi somnul sunt fenomene diferite sub aspect electrofiziologic.

Terapeutul va sugera subiectului destinderea musculară şi somnul, deşi, în acelaşi timp, îl împiedică să adoarmă, continuând să-i vorbească şi să-i ceară să fie atent la ceea ce se spune. În practică, acest gen de abordare are rezultate bune, deoarece majoritatea subiecţilor înţeleg prin „a adormi" să înceteze să mai fie atenţi la stimulii exteriori, pe care nu mai trebuie să-i evalueze critic şi să-i interpreteze.

Pentru a ilustra acest tip de inducţie hipnotică, prezentăm un fragment de inducţie hipnotică din scala de susceptibilitate hipnotică Stanford (Weitzenhoffer şi Hilgard, 1959,15-16): „Te simţi tot mai toropit şi mai adormit, dar continui să asculţi vocea mea. Concentrează-te la ceea ce îţi voi spune ... ascultă atent ceea ce îţi voi spune. Treptat vei deveni tot mai toropit, tot mai adormit. Curând vei fi pe deplin adormit, dar vei continua să auzi vocea mea. Nu te vei trezi decât atunci când îţi voi cere să o faci... te vei cufunda tot mai mult, tot mai adânc într-un somn profund, confortabil, odihnitor. Va fi un somn în care vei fi capabil să faci tot felul de lucruri pe care ţi le voi cere eu... fii atent numai la cele spuse de mine".

Există numeroase variante de texte prin care se realizează acest tip de inducţie, toate având ca element comun sugerarea somnului simultan cu solicitarea subiectului să fie atent la ceea ce spune terapeutul. În felul acesta, subiectul este prins într-o capcană psihologică din care nu poate ieşi decât acceptând ca sugestiile terapeutului să structureze şi să interpreteze pentru el realitatea. Propoziţia „va fi un somn în care vei fi capabil să faci tot felul de lucruri pe care ţi le voi cere eu..." se referă la un tip special de somn care a fost descris de-a lungul timpului în cadrul fenomenului de somnambulism.

Inducţia prin tehnica imaginaţiei dirijate

În cadrul acestui tip de inducţie nu este nevoie să se sugereze relaxarea sau somnolenţa, ci, prin intermediul imaginaţiei dirijate, hipnoterapeutul va încuraja deblocarea fanteziei subiectului. Concentrarea atenţiei doar asupra demersului imaginativ, cu excluderea altor stimuli, va facilita intrarea în hipnoză.

Hipnoterapeutul îi poate sugera subiectului să-şi imagineze că se află întins pe o plajă, că simte mângâierea razelor soarelui, ascultă zgomotul valurilor, simte mirosul mării şi trăieşte o stare de calm şi pace interioară.

Demersul imaginativ va fi astfel construit încât subiectul să se lase „furat" de sugestiile terapeutului, vizualizând pe ecranul mental imaginile ca într-un film sau, pentru unii subiecţi, chiar ca în realitate. Captarea atenţiei subiectului prin descrierea unor imagini cât mai vii are menirea de a produce modificări în sistemele perceptive ale acestuia. Astfel, subiectul hipnotizat se va baza doar pe cuvintele terapeutului care vor reprezenta unicul canal prin intermediul căruia acesta va recepţiona realitatea. Tot ceea ce sugerează hipnotizatorul, cu condiţia să fie acceptabil pentru subiect, se va transforma într-o realitate subiectivă pentru acesta.

Trebuie subliniat faptul că, deşi subiecţii hipnotizaţi percep o lume ireală, ei ştiu că sunt hipnotizati şi atribuie experienţele neobişnuite pe care le trăiesc stării de transă în care se află. Lumea ireală a fost construită prin intermediul sugestiilor terapeutice şi, la un anumit nivel al instanţelor gândirii subiectului, această realitate este percepută ca atare.

Acest fenomen nu trebuie să ne surprindă, deoarece fiecare dintre noi am trăit, măcar o dată în viaţă, experienţa vizionării unui film pasionant, când emoţiile resimţite au fost atât de intense ca şi în realitate, conştienţi fiind, în acelaşi timp, că ne aflăm în faţa ecranului. Deşi imaginile sunt elaborate de către terapeut, vivacitatea acestora îşi are originile în memoria subiectului. Hipnoterapeutul trebuie să-şi aleagă cu multă grijă cuvintele pentru a putea fi sigur că detaliile sugerate au un corespondent în experienţa interioară a persoanei hipnotizate. Din acest motiv, este necesară o discuţie prealabilă cu pacientul pentru a obţine informaţii legate de scenele care ar fi mai potrivite pentru inducerea transei în cazul acestuia. Astfel, ar fi absurd să ne imaginăm că un individ care nu suportă marea s-ar putea relaxa dacă i-am sugera că se află întins pe plajă, la soare. În cazul în care subiectului nu-i este pe plac conţinutul imaginilor sugerate, hipnoza nu va putea fi indusă sau se va încheia de la sine.

Inducţia prin intermediul controlării comportamentului motor

Acest gen de inducţie presupune influenţarea comportamentului motor al subiectului. Cea mai frecvent utilizată tehnică este aceea a inducţiei prin fixare în cadrul căreia subiectului i se cere să privească un punct indicat de hipnotizator, în timp ce acesta din urmă administrează sugestii de greutate a pleoapelor, oboseală a privirii şi, în cele din urmă, de închidere a ochilor.

Prezentăm în cele ce urmează un model de inducţie prin fixare preluat din cadrul scalei de susceptibilitate Stanford (Weitzenhoffer şi Hilgard, 1959).

„Relaxează-te, nu încorda muşchii. Fixează cu privirea ţinta pe care ţi-am indicat-o. Priveşte-o cât poţi de fix. Dacă privirea ta are tendinţa să fugă, nu este nimic, readu-o la ţinta aleasă. După un timp vei observa că ţinta se vede ca prin ceaţă, sau pare că se mişcă sau îşi schimbă culoarea. E bine aşa... dacă ţi se face somn, este, de asemenea, bine. Indiferent ce se întâmplă, lasă să se întâmple... şi continuă să priveşti cu toată atenţia ţinta indicată... va veni un timp când ochii tăi vor fi atât de obosiţi, încât îţi va fi imposibil să-i mai ţii deschişi şi se vor închide de la sine. Când acest lucru se întâmplă, lasă-l să se întâmple..."

Tehnicile de inducţie cele mai frecvent folosite constau în concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (de preferinţă strălucitor), pe un stimul monoton

(pendul, metronom), pe o anumită zonă a corpului, asociată cu administrarea de către terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolenţă.

Textul utilizat în cadrul majorităţii tehnicilor de inducţie hipnotică este orientat în direcţia creşterii motivaţiei subiectului prin transmiterea unor informaţii în legătură cu ceea ce se aşteaptă de la el. Primele sugestii administrate sunt în general uşor de urmărit şi se referă la relaxarea corpului, închiderea ochilor şi senzaţia de greutate musculară. Treptat, sugestiile se referă la comportamente care implică un nivel mai ridicat al abilităţilor de concentrare şi imaginative ale subiectului şi sunt mai dificil de urmat.

Există mai multe modalităţi de a induce hipnoza şi nu este clar care dintre ele este mai bună. Practica psihoterapeutică a evidenţiat utilitatea însuşirii de către terapeut a mai multor tehnici de inducţie. S-a dovedit, de asemenea, că inducţia clasică a hipnozei nu este neapărat necesară pentru a creşte receptivitatea subiectului la sugestii. Astfel, Barber şi Wilson (1977, 1978) utilizează o metodă de inducţie nonautoritară, răspunsurile subiecţilor fiind măsurate cu ajutorul scalei de imaginaţie creatoare, concepută de ei. Tehnica utilizează instrucţiuni care solicită subiectul să trăiască în plan imaginativ diverse situaţii şi are menirea de a demonstra în ce măsură aceştia îşi pot folosi imaginaţia pentru a trăi în plan mental diverse stări, precum şi de a crea atitudini şi expectaţii pozitive, referitoare la capacitatea lor de a realiza acele experienţe.

Milton Erickson a elaborat multe tehnici de inducţie hipnotică mai neobişnuite. Una dintre acestea este *tehnica confuziei,* care s-a dovedit eficientă mai ales la subiecţii rezistenţi, care încearcă să analizeze în mod excesiv ceea ce se petrece în timpul inducţiei şi nu se concentrează la ceea ce li se cere să facă (Haley, 1967; Erickson, 1964; Erickson, Rossi şi Rossi, 1976).

Tehnica implică administrarea unui şir de instrucţiuni dificil de înţeles. Acesta cuprinde informaţii nesemnificative, verbe la timpuri diferite şi alte elemente menite să creeze subiectului confuzie până când acesta va fi gata să accepte orice fir logic al discursului, ceea ce îl face să-şi modifice expectaţiile şi să reacţioneze la sugestiile date de terapeut.

Tehnica numită *intrare în rezonanţă (pacing)* (Bandler şi Grinder, 1975) este utilă atunci când terapeutul trece de la o metodă la alta, pentru că îi creează subiectului un set anticipativ (expectaţie) cu privire la faptul că va răspunde la sugestiile care îi vor fi date în viitor.

Tehnica presupune administrarea de întăriri directe şi implicite în timpul inducţiei hipnotice, întăriri care îl determină pe subiect să creadă că răspunde la sugestii.

Un exemplu de întărire deschisă ar fi următorul: „în timp ce stai pe fotoliu ascultând vocea mea, cu picioarele relaxate..."; întăririle implicite se referă la

comportametul non-verbal al examinatorului care imită poziţia vocii, ritmul verbal şi chiar cel respirator al clientului. Un subiect receptiv la sugestii poate fi antrenat să intre în hipnoză la un semnal scurt, ceea ce permite renunţarea la tehnicile de inducţie care durează prea mult.

O problemă importantă pentru hipnoterapeut constă în găsirea unor metode de creştere a receptivităţii subiectului la sugestiile hipnotice. Deşi majoritatea autorilor sunt de părere că receptivitatea la hipnoză este o trăsătură stabilă a personalităţii (Hilgard, 1965; Bowers, 1976), aceasta poate creşte în anumite limite, prin deblocarea subiectului, utilizându-se alte metode decât cele specifice inducţiei hipnotice. Diamond (1977) subliniază că factorii care stau la baza acestor metode sunt următorii:

1. Factori ce ţin de optimizarea învăţării:

• focalizarea atenţiei asupra hipnoterapeutului şi tehnicii de inducţie;

• utilizarea metodei aproximărilor succesive ale răspunsului comportamental aşteptat de la subiect;

• repetarea (exersarea răspunsurilor nou achiziţionate);

• oferirea de întăriri şi feed-back-uri pentru răspunsurile pozitive (în sensul sugestiei).

2. Factori ce ţin de formarea unui set (montaj) atitudinal

Procedeele implică utilizarea unor tehnici de creştere a motivaţiei pentru hipnoză şi acceptarea hipnozei încă înainte de aplicarea propriu-zisă a acesteia – relaxare, reducerea anxietăţii, construirea unei relaţii bazate pe încredere între terapeut şi client etc.

3. Strategii cognitive

Au drept obiectiv învăţarea subiectului să se deschidă spre interior pentru a recepţiona sugestiile hipnotice: eliminarea grijilor şi problemelor exterioare, dirijarea imaginaţiei în acord cu aspectele sugerate şi concentrarea atenţiei şi gândirii asupra sugestiilor. Col (1993) a elaborat o tehnică de creştere a receptivităţii hipnotice bazată pe relaxare, concentrare spre interior şi pe utilizarea imaginaţiei. Tehnica este prezentată subiecţilor ca o metodă de detensionare în care sugestiile pot fi aplicate mai eficient. Clienţilor li se explică că ei pot învăţa să reacţioneze la sugestii, pot să-şi administreze autosugestii prin intermediul cărora să obţină modificări pozitive în sfera personalităţii, să scape de simptome nedorite şi să-şi rezolve problemele de viaţă. Se subliniază faptul că este vorba de o deprindere şi că aceasta se perfecţionează prin exersare. Pacienţii nu trebuie să se aştepte la rezultate miraculoase; e suficient doar să înveţe să utilizeze anumite disponibilităţi psihice naturale pe care oamenii nu le folosesc în mod obişnuit. Terapeutul va întări expectaţia subiecţilor în legătură cu faptul că sunt capabili să utilizeze resursele lor psihice latente. Se explică subiectului modul cel mai eficient în care pot fi folosite sugestiile: „Doresc să vă explic câteva lucruri în legătură cu modul în care funcţionează sugestiile, astfel încât, atunci când vi le administraţi singuri, acestea să fie mai eficiente. Sunt câteva lucruri pe care trebuie să le evitaţi.

În primul rând, nu vă străduiţi din răsputeri să îndepliniţi ceea ce vi se cere, pentru că sarcina nu implică voinţă sau o concentrare deosebită a atenţiei. Reprimaţi-vă, de asemenea, tendinţa de a analiza ceea ce se petrece, pentru că atunci sugestiile nu mai acţionează.

Dacă vă veţi imagina că mintea dumneavoastră este ca un râu care curge lin, prin locuri frumoase şi liniştite, sugestiile administrate vor ocupa locul dominant în creierul vostru şi vor avea efecte maxime. Este vorba de o metodă care presupune destindere şi relaxare. În cazul în care vă simţiţi distraţi, nu se întâmplă nimic, reveniţi cu calm la gândurile voastre şi lăsaţi-le să se deruleze tot mai mult, ca de la sine.

Nu vă faceţi griji dacă atenţia fluctuează, pentru că acest lucru este normal, mai ales atunci când încercaţi să vă obişnuiţi cu metoda. Conştientizaţi pur şi simplu faptul că atenţia v-a fost distrasă şi redirecţionaţi-o spre fluxul calm şi liniştit al sugestiilor pe care le administraţi".

Odată ajuns aici, terapeutul va răspunde la întrebările pacientului, repetând cu alte cuvinte ceea ce s-a spus deja. Următoarea etapă presupune introducerea unei sarcini sugestive la care poate răspunde aproape orice persoană. În felul acesta se maximizează şansele subiecţilor de a îndeplini cu succes prima sarcină, sporindu-şi, astfel, expectaţiile de a obţine succese în continuare.

Col (1993) propune utilizarea pendulului lui Chevreul. Subiectul ţine cu două degete capătul sforii de care este atârnată o greutate, sprijinind cotul de omasă. Terapeutul îi sugerează să ţină braţul relaxat şi să se concentreze asupra pendulului, imaginându-şi că acesta descrie diverse mişcări. Instructajul sună astfel: „Te rog, ţine capătul pendulului între degete (se demonstrează). Stai liniştit şi relaxează-te. Aş dori acum să te concentrezi astfel încât pendulul să devină singurul lucru important pentru tine. Priveşte-l cu atenţie, analizează-i detaliile, forma, culorile, situează-l în centrul atenţiei tale.

Focalizarea atenţiei devine tot mai îngustă, culorile se estompează şi, în curând, pendulul va începe să se mişte înainte şi înapoi".

Este util ca terapeutul să accentueze, prin intermediul sugestiilor, mişcările pe care le descrie pendulul. Se continuă cu aceleaşi sugestii, terapeutul încercând să ritmeze sugestiile după mişcarea pendulului: „Pendulul se mişcă înainte şi înapoi, înainte şi înapoi, tot mai mult se deplasează, tot mai departe, înainte şi înapoi, se mişcă tot mai liber, înainte şi înapoi, înainte şi înapoi (odată ce mişcarea s-a stabilizat şi devine evidentă, se poate trece la o nouă mişcare).

Acum pendulul își va schimba direcția de mișcare, va începe să se miște în cerc. Se va mișca în cerc, va descrie tot mai multe cercuri... se mișcă în cerc..."

Subiecții răspund diferit la aceste sugestii, dar și o reacție de mică amplitudine poate reprezenta o experiență convingătoare. Li s-a demonstrat astfel că au capacitatea de a reacționa la sugestii. Într-o etapă următoare, li se demonstrează modul în care își pot administra autosugestii, pentru aceasta terapeutul cerându-le să-și imagineze că pendulul descrie diferite mișcări. Puține persoane nu reacționează la acest gen de sugestii, dar este evident că gândurile lor au tendința să zboare, fapt evidențiat de mișcările bruște ale pendulului. Dacă observă acest lucru, terapeutul trebuie să-i oprească și să-i întrebe la ce anume s-au gândit. Li se sugerează apoi să continue exercițiul. Pornindu-se de la exemplul pendulului, se explică subiectului modul în care gândurile pot influența mușchii și alte organe ale corpului. Se poate trece apoi la inducerea hipnozei. Subiectul este solicitat să se așeze cât mai comod pe un fotoliu, sprijinind capul și membrele superioare pe brațele fotoliului. I se cere apoi să rotească ochii și să privească punctul dintre sprâncene, explicându-i-se că rotirea ochilor va produce oboseala acestora și astfel ochii vor avea tendința de a se închide.

Instructajul administrat este următorul: „Vă rog să priviți punctul dintre sprâncene, să-l priviți cu toată atenția, să simțiți încordarea din ochi, care devine tot mai mare, tot mai mare. Simțiți tot mai multă încordare, tot mai multă încordare și ochii devin tot mai obosiți, tot mai obosiți, tot mai obosiți". Dacă terapeutul observă faptul că pacientul începe să clipească, administrează sugestii menite să accentueze reacția: „Clipești, clipești tot mai mult, tot mai mult, iar pleoapele tale devin tot mai grele, tot mai grele, grele, obosite de atâta încordare, obosite de prea multă încordare. Pleoapele devin tot mai grele, tot mai grele și au tendința de a se închide".

Există un număr redus de subiecți care continuă să clipească opunându-se tendinței naturale a ochilor de a se închide. În astfel de cazuri, terapeutul le spune pur și simplu să închidă ochii și continuă astfel: „E bine așa. Ține ochii închiși și rotește privirea pe dinăuntru spre punctul dintre sprâncene. Vei simți o încordare și o greutate în ochi, senzație care te cuprinde tot mai mult, tot mai mult. Greutatea din zona ochilor se extinde în tot corpul care devine tot mai greu, tot mai greu, se confundă cu fotoliul, devine tot mai greu și mai relaxat. Simți cum greutatea din zona ochilor se răspândește în tot corpul".

Terapeutul va administra în continuare sugestii de relaxare musculară (Irina Holdevici, 1996). „Relaxează acum fiecare grupă de mușchi în parte... relaxează fruntea... fruntea destinsă, relaxată, liniștită... Relaxează ochii... pleoapele devin tot mai grele, tot mai grele și relaxate, tot mai relaxate. Relaxează obrajii, maxilarele, ceafa și gâtul. Relaxează umerii, relaxează brațele, de sus, de la umeri spre coate, palme, până la degete. Relaxează pieptul, abdomenul, spatele. Corpul devine tot mai relaxat, tot mai relaxat. Relaxează coapsele, gambele, labele picioarelor, degetele. Picioarele sunt tot mai relaxate, tot mai relaxate.

Te gândești acum din nou la brațele tale și îți imaginezi că brațele devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb. Musculatura se lasă din cauza relaxării și brațele devin tot mai grele, tot mai grele, grele, foarte grele. Picioarele devin și ele grele, foarte grele, grele ca de plumb. Picioarele devin tot mai grele, grele ca de plumb și mai relaxate. Întregul corp este cuprins de o stare de relaxare plăcută, odihnitoare. O greutate și o relaxare profundă cuprinde tot corpul. Corpul moale, greu, destins, relaxat".

Col (1993, 85) propune pentru adâncirea transei următorul text: „Acum, după ce ai relaxat complet corpul, aș dori să-ți imaginezi că ieși din corp și îți privești corpul care se relaxează pe fotoliu, având grijă de el însuși și respirând calm și liniștit. Cu fiecare expirație corpul se relaxează tot mai mult, tot mai mult, se relaxează tot mai mult și tu începi să plutești, cufundându-te tot mai adânc într-o stare de relaxare plăcută, profundă, odihnitoare. Cu fiecare expirație, cobori tot mai adânc, tot mai adânc și acorzi mai multă atenție cuvintelor mele și gândurilor tale.

Corpul tău se îngrijește singur de sine.

Mușchii tăi sunt complet relaxați, complet relaxați. Orice încordare, tensiune a dispărut din corpul tău și îți este tot mai ușor să-ți urmărești gândurile ascultând vocea mea. Urmărindu-ți gândurile și vocea mea tot mai mult și mai mult, sugestiile pe care ți le voi administra sau pe care ți le vei administra singur vor fi mai puternice, vor avea efecte maxime.

Te relaxezi tot mai mult, tot mai mult, tot mai mult, profund, tot mai adânc, te concentrezi tot mai mult asupra gândurilor tale. Eu voi începe să număr de la 1 la 10 și cu fiecare număr te vei cufunda tot mai mult, tot mai adânc în starea de relaxare, iar gândurile tale vor deveni tot mai mult centrul atenției tale, astfel încât sugestiile pe care ți le administrezi vor avea efecte maxime".

Terapeutul îi va sugera apoi subiectului că poate să lucreze singur acasă și că își va reveni din relaxare oricând va dori. După revenirea subiectului din starea de transă, acesta trebuie interogat cu privire la trăirile sale și la dificultățile întâmpinate. Acestea din urmă sunt discutate împreună cu terapeutul care îl va ajuta pe client să le depășească.

În încheiere, trebuie să subliniem încă o dată rolul expectațiilor în inducția hipnotică și în psihoterapie, în general, expectații pe care terapeutul trebuie să le speculeze în avantajul clientului său.

O tehnică de inducție hipnotică foarte cunoscută este metoda de inducție hipnotică prin fixarea privirii, preconizată de Hartland (1971). I se cere subiectului să se așeze comod pe un scaun sau fotoliu și i se dau următoarele instrucțiuni: „Doresc să privești un punct din tavan, să-ți fixezi atenția asupra lui. Orice punct este potrivit. Alege un punct pe care ți-e comod să-l privești. Nu-ți face probleme dacă privirea se abate de la punctul respectiv sau dacă ai tendința de a clipi. Dacă ți se întâmplă acest lucru, readu încet privirea la punctul fixat. Fixează-l cât poți de bine. Stai relaxat. Relaxează-te și fii atent doar la vocea mea, la ceea ce îți voi spune. Corpul tău se relaxează din ce în ce mai mult. Relaxează labele picioarelor, gleznele, gambele, coapsele, brațele, mâinile. Întregul tău corp devine tot mai relaxat și o stare de toropeală plăcută te cuprinde tot mai mult. Simți o greutate plăcută care îți cuprinde tot corpul. Corpul devine greu, tot mai greu, foarte greu. Brațele devin grele, foarte grele, tot mai grele. Picioarele devin grele, foarte grele, din ce în ce mai grele. Ești tot mai relaxat, toropit, de parcă ai fi pe punctul de a adormi.. O senzație de căldură plăcută, adormitoare îți cuprinde întregul corp. Curând te vei cufunda într-o stare de relaxare adâncă, o stare care seamănă cu un somn plăcut, odihnitor. Pleoapele devin grele, tot mai grele, din ce în ce mai grele, foarte grele. Gândește-te la toropeala și somnolența care te cuprind. Vocea mea te adoarme, te relaxează, te face tot mai relaxat. Vocea mea te face să dorești să te relaxezi. Ți-e imposibil să menții ochii deschiși, ochii se închid, clipești tot mai des pentru că nu mai poți ține ochii deschiși. Clipești tot mai des și în curând nu vei mai putea ține ochii deschiși pentru că pleoapele devin grele, foarte grele, ca de plumb (ar fi utilă coordonarea acestor sugestii cu mișcările reale de clipire). Devii tot mai toropit, mai relaxat și în curând nu vei mai putea deschide ochii. Pleoapele devin tot mai grele, tot mai grele și mai strâns lipite (dacă subiectul nu închide ochii în mod spontan, i se spune pe un ton ferm: „Acum închide ochii și fii atent în continuare la ceea ce îți voi spune). Ochii sunt închiși acum și te relaxezi profund, tot mai profund. Vei fii atent numai la vocea mea. Îți vei reveni doar atunci când iți voi spune eu să-ți revii. Te vei simți foarte liniștit și relaxat. Nimic nu te va tulbura. Te vei relaxa profund, foarte profund. Pe viitor, ori de câte ori vei pronunța cuvinte de relaxare, toropeală, te vei relaxa rapid. Dacă se va întâmpla ceva ce-ți poate pune viața sau sănătatea în pericol, te vei trezi imediat, spontan și vei putea face față situației".

I se mai poate sugera subiectului că se va trezi în mod spontan după un anumit timp.

S-a observat că unii subiecți mențin ochii întredeschiși și au un tremur al pleoapelor. Aceste fenomene nu trebuie considerate rezistențe, deoarece frecvent subiecții respectivi se află în transă. În stare de hipnoză, comportamentul subiecților diferă de la un individ la altul. Unii par relaxați, ca adormiți, iar alții par rigizi sub aspect muscular (deci, nici menținerea ochilor închiși nu este o condiție obligatorie). Pot fi evidențiate o serie de trăsături ale celor hipnotizați cu specificarea că manifestările aparente depind și de elementele sugerate de inducția hipnotică și de expectația subiecților. Trăsăturile celor hipnotizați sunt: imobilitatea posturală, în absența sugestiilor de mișcare, lipsa dorinței de a comunica, subiecții trebuind să fie întrebați de mai multe ori înainte de a se decide să răspundă, folosirea unui limbaj sărac, adesea șoptit, lentoare psihomotorie și pasivitate, îngustarea câmpului conștiinței, hipersugestibilitate.

Adâncirea transei

Hartland (1971), după instructajul menționat anterior, continuă cu următorul procedeu de adâncire a transei: „Voi înceta să-ți vorbesc pentru un timp, iar tu vei continua să rămâi profund relaxat. Vei intra treptat într-o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai adâncă, tot mai adâncă. Când voi începe să-ți vorbesc, vei fi mult mai relaxat, mult mai profund relaxat decât acum. Te simți foarte bine, nimic nu te mai tulbură. Te vei relaxa tot mai mult, și mai mult, cu fiecare expirație devii tot mai relaxat". Terapeutul va face o pauză de 10 secunde; dacă intervalul se prelungește, subiectul poate trece în somn natural.

Se observă că, pe măsură ce subiectul răspunde mai bine la primele sugestii, el devine tot mai receptiv și transa se adâncește în mod spontan. Se pot administra sugestii pentru catalepsia pleoapelor (vezi cele menționate la testul catalepsiei pleoapelor). Când ne îndoim că subiectul este în transă, nu trebuie să-l provocăm să deschidă ochii, ci să-i adâncim starea: „Pleoapele tale sunt grele, atât de grele încât, dacă vei încerca să deschizi ochii, nu vei putea. Dar nu vei încerca să deschizi ochii, nu simți dorința de a deschide ochii, ci dorești să te relaxezi cât mai profund".

Pentru a verifica în ce măsură inducția hipnotică a avut efect se recomandă realizarea testului rigidității brațului. Dacă subiectul nu-l realizează, se recomandă să fie trezit și rehipnotizat după o altă metodă. Dacă subiectul este receptiv pot fi folosite sugestii de tipul: „Încearcă să îndoi brațul, încearcă..."

În cazul subiecților a căror stare de inducție hipnotică a fost confirmată prin rigiditatea brațului și redeschiderea ochilor, se poate trece la adâncirea transei după următorul instructaj realizat tot de Hartland: „Ești profund relaxat, dar poți intra într-o stare de relaxare și mai adâncă decât cea în care te afli acum.

Doreşti foarte mult să atingi o stare de relaxare cât mai profundă, pentru că aceasta este o experienţă agreabilă care îţi face foarte bine. Te vei relaxa cât mai profund şi toate sugestiile pe care ţi le voi da vor fi foarte eficiente. Eu voi număra acum până la 5 (se poate număra până la 10, 20 etc.) şi pe măsură ce număr te vei cufunda într-o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai adâncă, mai plăcută. Când voi ajunge cu numărătoarea până la 5, vei fi profund relaxat, toropit, atât de toropit că atunci când îţi voi spune să revii, nu îţi vei reaminti nimic din cele spuse sau făcute în timpul hipnozei. Acum încep să număr: 1 – relaxarea devine tot mai profundă, din ce în ce mai profundă; 2 – relaxarea devine şi mai profundă şi mai adâncă cu fiecare cuvânt spus de mine; cu fiecare expiraţie te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult; 3 – relaxare adâncă, vocea mea te relaxează tot mai mult, tot mai mult, din ce în ce mai mult; te cufunzi într-o stare de relaxare foarte adâncă, foarte profundă, auzi vocea mea care parcă vine de undeva de departe; 4 – continuă să te relaxezi tot mai profund pe măsură ce număr. Toate sugestiile pe care ţi le dau sau ţi le voi da în viitor vor fi eficiente şi în avantajul sănătăţii tale. Vei îndeplini tot ceea ce îţi spun să îndeplineşti. Nu te teme de hipnoză pentru că îţi va face numai bine. Eşti convins că nu ţi se poate întâmpla nimic rău. Vei răspunde tot mai bine la sugestiile mele. Chiar dacă îţi vorbesc, eşti tot mai relaxat, tot mai profund relaxat. Ori de câte ori îţi voi spune să auzi, să vezi sau să simţi ceva, vei trăi experienţe vii, ca şi cum ar fi reale. Vei auzi, vei vedea şi vei simţi ca în realitate ori de câte ori îţi voi spune să simţi sau să faci ceva, vei îndeplini imediat cerinţele mele pentru cǎ sunt în avantajul tău. Eu voi putea să înlătur sau să modific orice comandă pe care ţi-o dau. Continuă să te relaxezi. Când voi ajunge cu numărătoarea la 5 vei fi foarte profund, foarte profund relaxat, adânc relaxat şi toropit; 5 – profund relaxat, adânc relaxat. Nu vei reveni din relaxare decât atunci când îţi voi spune să revii sau dacă mi se întâmplă ceva mie, ori te ameninţă ceva. Altfel vei rămâne foarte relaxat, adânc relaxat şi vei face tot ceea ce îţi voi spune eu să faci. Când îţi voi spune să revii, nu-ţi vei mai aminti nimic din faptul că te-ai relaxat şi te-ai odihnit".

După adâncirea stării de relaxare, hipnotizatorul va începe să administreze sugestiile terapeutice specifice pentru care a fost indusă hipnoza. La subiecţii prea pasivi, cu tendinţă de a intra într-o stare letargică, trebuie avut în vedere ca adâncirea transei să nu accentueze pasivitatea, somnul, ci tendinţa subiectului de a coopera cu terapeutul.

Adulţii au o teamă inconştientă de hipnoză, şi acest fapt îi împiedică să adâncească transa. Terapeutul trebuie să furnizeze informaţii şi explicaţii suplimentare, să acorde o mare atenţie formulelor sugestive pentru a evita interpretarea lor eronată de către subiect. De asemenea, nu se recomandă să folosească drept semnal de inducere a hipnozei un gest sau un cuvânt cu care subiectul se poate întâlni spontan în viaţa cotidiană. Multe efecte secundare ale hipnozei sunt determinate de sugestiile administrate greşit.

Dehipnotizarea

În cazul unui număr mare de subiecţi este suficient să comandăm pe un ton plăcut, dar ferm: „Revino! Trezeşte-te! sau Când voi lovi degetele, vei fi pe deplin treaz, trezeşte-te".

Pentru pacienţii aflaţi într-o transă mai profundă este indicat ca revenirea să se facă treptat, ca în instructajul următor (Hartland, 1971): „Imediat voi începe să număr de la 5 la 1. Când voi ajunge cu numărătoarea la 1 vei fi complet treaz, îţi vei reveni complet, te vei simţi bine, înviorat, odihnit, ca după un somn bun: 5 – vei reveni curând din relaxare; 4 – revii încet la normal; 3 – revii tot mai mult; 2 – când voi ajunge la 1 vei reveni complet, te vei simţi foarte bine; 1 – ai revenit complet, eşti pe deplin treaz, ai mintea clară, limpede, eşti complet treaz, vioi, alert".

Dacă subiectul se simte totuşi ameţit, nu se ţine bine pe picioare, are un aer năuc, terapeutul poate lovi palmele una de alta comandând pe un ton ferm: „Eşti pe deplin treaz" sau poate repeta procesul de dehipnotizare. În nici un caz terapeutul nu trebuie să lase subiectul să plece până când nu este sigur că a revenit complet la starea normală. Se recomandă ca subiecţii care au intrat într-o transă mai profundă să fie lăsaţi să mai aştepte puţin într-o cameră, înainte de a pleca, terapeutul urmând să mai verifice o dată starea acestora. Există cazuri foarte rare când subiecţii pot acuza cefalee, confuzie, ameţeli sau stări de vomă la revenirea din hipnoză. Acest fenomen apare mai ales când pacienţii nu sunt de acord să îndeplinească sarcinile administrate de terapeut (de exemplu, în mod inconştient ei pot să nu dorească să se lase de fumat). Fenomenul este interpretat ca o rezistenţă la psihoterapie. Dar în practică pot apărea şi alte tipuri de rezistenţe: starea hipnotică se transformă într-o fugă sau o comă isterică sau într-o stare catatonică la un pacient psihotic; în aparenţă, subiectul se trezeşte, dar poate menţine în stare de veghe comportamentul de tip hipnotic, sau subiectul se trezeşte, apoi reintră spontan în transă. Toate aceste rezistenţe la revenire pot fi puse pe seama unor erori de tehnică atunci când, fără să-şi dea seama, terapeutul i-a sugerat să nu se trezească, dar pot apărea şi din alte cauze: existenţa unor sentimente de ostilitate faţă de terapeut, sugestii posthipnotice pe care subiectul nu vrea să le urmeze, existenţa unor tulburări în sfera personalităţii (nevoia de a fi dominat, de a se supune, de a evita un conflict, de a fugi de realitate).

Williams (cit. Hartland, 1971) afirmă că subiectul poate dori să testeze capacitatea terapeutului de a-l controla, sau că aceste rezistenţe la revenire pot fi expresia unor erori şi ambiguităţi de instructaj.

De regulă, asemenea dificultăţi de revenire nu apar din prima şedinţă de hipnoză, ci atunci când subiectul află în ce fel transa poate să folosească scopurilor sale.

Pot exista diferite metode de reducere a acestor rezistenţe la revenire. O metodă frecvent folosită este interogarea subiectului aflat în hipnoză în legătură cu motivul refuzului său. Răspunsul subiectului poate sugera terapeutului ce sugestii trebuie administrate în acest caz.

Rosen (cit. Hartland, 1971) indică metoda scrisului automat, metoda privirii în bila de cristal sau cea a visului hipnotic ca soluţii pentru aceste situaţii. O altă metodă este ignorarea pacientului. Subiectului i se dau următoarele instrucţiuni: „Dacă nu doreşti să te trezeşti trebuie să te las aşa cum eşti". Apoi, terapeutul ignoră subiectul şi se ocupă de alte probleme. De cele mai multe ori, subiectul trece în somn natural şi se trezeşte spontan. Terapeutul trebuie să-l observe pe subiect şi să-l lase să plece din cabinet numai atunci când acesta e complet treaz.

Williams (cit. Hartland, 1971) susţine că terapeutul trebuie să folosească acele metode care, după părerea subiectului, îl pot trezi, să corecteze sugestiile ambigue date în inducţia hipnotică, să inducă o transă secundară, să sugereze experienţe care să ducă firesc la terminarea transei, să accepte unele condiţii stabilite de subiect pentru a coopera şi să folosească sofismele pentru a preîntâmpina opoziţia subiectului. Utilizarea mijloacelor fizice (a pălmuirii) nu este indicată decât în cazul stărilor extreme de tip isteric, stări care nu ţin de hipnoză, ci de anumite particularităţi ale personalităţii subiectului.

Pe lângă tehnica de inducţie expusă anterior, Hartland prezintă şi o altă tehnică de inducţie rapidă. Subiectul stă în picioare în faţa terapeutului, iar acesta îi pune mâinile pe umeri şi îi fixează cu privirea rădăcina nasului: „Uită-te în ochii mei şi imaginează-ţi că vei adormi repede. Imediat vei intra într-un somn adânc, profund, odihnitor. Continuă să te uiţi în ochii mei şi vei simţi o greutate care cuprinde tot corpul. Corpul devine tot mai greu. Picioarele sunt grele, foarte grele. Corpul este greu, tot mai greu, ca de plumb. Pleoapele devin grele, tot mai grele. Te cuprinde o stare de toropeală, de somnolenţă. Te simţi obosit, corpul este greu, greu ca de plumb. Simţi nevoia să adormi. Pleoapele sunt atât de grele, că nu poţi ţine ochii deschişi. Ochii se închid, se închid, nu poţi să-i mai ţii deschişi. Adormi, adormi, ochii se închid, dormi, dormi, somn profund".

În utilizarea tehnicilor de inducţie, terapeutul trebuie să ţină seama de următoarele recomandări: 1) dacă nu e necesară o transă profundă, o metodă de inducţie rapidă este adesea suficientă. Dacă este însă nevoie de o transă mai profundă, se recomandă utilizarea unei metode de durată mai mare, cu mai multe detalii; 2) metodele rapide fac o impresie mult mai puternică asupra spectatorului; 3) uneori se poate eşua cu o metodă, dar se poate reuşi cu alta. De regulă, cu metode mai lungi se reuşeşte mai bine; 4) scopul terapeutic scontat se obţine mai uşor prin utilizarea metodelor mai lungi pentru că acestea permit exercitarea unui control mai bun asupra pacientului.

Alte tehnici uzuale de inducţie hipnotică

• *Tehnica de inducţie elementară* (Hunter, 1988):

„Aşezaţi-vă într-o poziţie cât mai comodă. E bine aşa. Amintiţi-vă că vă puteţi oricând mişca, vă puteţi oricând schimba poziţia pentru a vă simţi cât mai comod. Asiguraţi-vă de faptul că aveţi spatele şi capul sprijinite (subiectului trebuie să i se dea asigurări că el deţine controlul asupra situaţiei; confortul fizic este important). Acum lăsaţi ochii dumneavoastră să găsească un obiect (punct) agreabil asupra căruia urmează să se concentreze. Continuaţi să priviţi un anumit timp obiectul respectiv. Treptat-treptat veţi constata că pleoapele au tendinţa de a deveni tot mai grele, din ce în ce mai grele, astfel încât ar fi foarte plăcut să închideţi ochii pentru câteva secunde. Deschideţi din nou ochii, apoi închideţi-i iar. Veţi constata că aveţi tendinţa de a clipi uşor. Acesta este un semnal că veţi avea acces la o zonă plăcută a minţii dumneavoastră, o zonă în care timpul îşi pierde semnificaţia şi în care puteţi percepe sugestiile directe de închidere a ochilor. (Acestea sunt mai puţin anxiogene decât cele directe de închidere a ochilor. Dacă observaţi cu atenţie subiectul veţi constata tendinţa acestuia de a clipi. Atunci este momentul să menţionaţi acest lucru cu voce tare.) Imaginaţi-vă acum că vă aflaţi într-un loc foarte plăcut, unde toate lucrurile sunt aşa cum ar trebui să fie. Introduceţi o semnificaţie personală a imageriei dirijate. Vă plasaţi cu ochii minţii în locul respectiv şi veţi constata că vă simţiţi din ce în ce mai bine, mai relaxat, mai liniştit, mai confortabil, încordarea va dispărea tot mai mult, din ce în ce mai mult. (Conştientizaţi ideea reducerii încordării mai ales la subiecţii care nu au experienţă în domeniul hipnozei.) Imaginaţi-vă toate detaliile reveriei dumneavoastră interioare: ce vedeţi cu ochii minţii, ce auziţi cu urechile minţii, ce senzaţii percepeţi în corpul dumneavoastră. Dacă vă imaginaţi că sunteţi întins pe plaja mării, simţiţi soarele fierbinte, nisipul moale şi cald, simţiţi mişcările corpului dumneavoastră,

atunci faceţi un semn cu capul (ghidaţi subiectul astfel încât să diferenţieze experienţele *interne* de cele *externe*). Dacă vă imaginaţi că sunteţi în apa unui lac, simţiţi mişcările corpului în apă, simţiţi apa răcoroasă care vă atinge pielea, faceţi semn că *da* prin mişcarea capului. Căutaţi să descoperiţi ce anume simte corpul dumneavoastră în această situaţie (Faceţi apel la toate modalităţile senzoriale: vizuală, auditivă, kinestezică, tactilă, olfactivă, gustativă, la senzaţiile de cald şi de rece.) Poate că în visul dumneavoastră în stare de veghe sunt lucruri pe care doriţi să le atingeţi, să le vedeţi, să le gustaţi sau să le mirosiţi. Puteţi simţi arome minunate care se asociază cu ceea ce vedeţi. Descoperiţi şi bucuraţi-vă de culori, observaţi dacă este cald sau răcoare, dacă mai există şi altă prezenţă în visul dumneavoastră (Este bine să se sublinieze că orice om se lasă purtat de reverii diurne, şi acesta este un lucru plăcut şi odihnitor.) Observaţi cu ochii minţii toate detaliile, culorile şi bucuraţi-vă de imaginile pe care le-aţi creat. În timp ce vă imaginaţi aceste lucruri frumoase, mintea dumneavoastră interioară vă va purta spre o stare de hipnoză plăcută, odihnitoare, o stare care vă convine şi în care veţi putea realiza ceea ce v-aţi propus". Se subliniază faptul că, indiferent ce face subiectul, este bine.

• *Tehnica inducţiei prin metoda imageriei vizuale* (Hunter, 1988):

„Staţi comod pe fotoliu, cu ochii închişi şi spatele sprijinit. Imaginaţi-vă un nor alb şi pufos care coboară din cer şi vine atât de aproape de dumneavoastră, încât vă puteţi urca pe el ca pe o saltea moale (Nu uitaţi că unii subiecţi nu au capacitatea de imaginare vizuală. Pentru ei, o astfel de tehnică este mai curând frustrantă decât agreabilă.) Lăsându-vă purtat de norul pufos veţi putea trăi experienţe plăcute în mintea dumneavoastră. (Subiectul este invitat să participe la experienţa psihologică.) Simţiţi moliciunea şi atingerea plăcută a norului care vă susţine, vă învăluie. Simţiţi cum începeţi să plutiţi tot mai sus, din ce în ce mai sus, în timp ce vă simţiţi protejat, apărat, în siguranţă. (Se adaugă elementele kinestezice celor vizuale. Este importantă accentuarea sentimentului de siguranţă.) Pe măsură ce norul se ridică şi pluteşte tot mai sus, pe cerul albastru, observaţi cum o pasăre albă aterizează lângă nor şi vă priveşte cu ochi întrebători. Parcă ar vrea să spună: «nu vrei să te joci cu mine?». Apoi, pasărea îşi întinde aripile şi zboară lin în jurul norului pe care plutiţi, lăsându-se în voia curentului plăcut de aer. Ea este liberă, complet liberă. (Terapeutul trebuie să se asigure de faptul că pacientul nu are fobia păsărilor.) Norul dumneavoastră parcă ar vrea să urmeze pasărea albă şi vă întrebaţi încotro vă va purta. Plutiţi pe norul alb şi pufos, care alunecă lin şi liniştit. Puteţi vedea vârfurile copacilor, câmpiile verzi, lanurile galbene de grâu şi panglica argintie a unui râu care curge printre câmpii. Înaintea dumneavoastră se zăreşte arcul strălucitor al unui curcubeu. Şi pasărea albă care vă călăuzeşte l-a văzut şi zboară spre el. Pe măsură ce vă apropiaţi de curcubeul viu colorat, vă minunaţi tot mai mult de frumuseţea lui. Fiecare culoare este strălucitoare şi bordată cu argintiu. Culorile sunt minunate, strălucitoare, cele mai frumoase culori pe care le-aţi văzut vreodată. (Exerciţiul nu este recomandabil subiecţilor care nu pot vizualiza culori.)

Pasărea albă vă va conduce spre o culoare roz delicată. Vă cufundaţi în ea şi aveţi impresia că atingeţi un nou nivel de conştientizare. (Sugestia „atingeţi un nou nivel de conştientizare" este utilă pentru producerea schimbării.) E culoarea care apare pe cer înainte de răsăritul soarelui. Culoarea aduce cu ea căldură, sănătate. Vă cufundaţi în culoarea galben-portocalie şi simţiţi cum procesul de vindecare începe să se desfăşoare în interiorul organismului. (Culoarea galben-portocalie sugerează promisiunea unui lucru bun care se va întâmpla. Soarele este adesea considerat simbolul vindecării. „Procesul de vindecare va începe" reprezintă o promisiune şi o parte a noului nivel de conştientizare.) Urmaţi în continuare pasărea albă care vă conduce spre culoarea verde, simbolul creşterii şi reînnoirii. (Se utilizează metafora creşterii şi schimbării.) Este o culoare minunată, o culoare a tuturor posibilităţilor, culoarea primăverii, a mugurilor care se desfac înainte de începerea unei vieţi noi. Verdele este culoarea pe care o aşteptăm, în zilele mohorâte de iarnă, culoare ce ne promite un nou început. (Se accentuează ideea unor noi promisiuni.) Plutiţi în continuare spre albastrul ceresc şi parcă păsării albe îi place mai mult această culoare, sau doar vi se pare. Culoarea albastră induce starea de linişte şi pace interioară, vă aduce răcoare şi confort. (Este simbolul acceptării.) Treptat, culoarea albastră se preschimbă în purpuriul apusului de soare. Este timpul contemplării, al revederii întregii voastre vieţi pentru a descoperi un nou sens, a atinge un nou nivel de înţelegere a propriei persoane şi a Universului (Revederea lucrurilor presupune *a vedea din nou,* implică o nouă *perspectivă.*) Pasărea albă zboară liber încoace şi încolo printre culorile curcubeului şi parcă vă cheamă spunându-vă: «Şi dumneavoastră puteţi fi o parte a întregului Univers». (Se sugerează ideea că subiectul nu e singur. Se păstrează tăcere pentru un timp.)

Acum a sosit timpul să vă reîntoarceţi acasă, să călătoriţi pe norul alb şi pufos spre locul de unde aţi plecat. Pasărea albă vă urmează în călătorie, zburând în jurul norului dumneavoastră şi invitându-vă să continuaţi jocul. Ştiţi însă că a venit timpul ca jocul să se sfârşească pentru un timp. Acum, norul vă va purta în deplină siguranţă până acasă şi vă va aşeza pe fotoliul preferat. Veţi reintra în corpul dumneavoastră ştiind că veţi putea urma din nou pasărea albă într-o zi". (Se oferă perspectiva unor noi posibilităţi.)

Această tehnică de inducţie a fost publicată pentru prima dată în manualul Asociaţiei de Hipnoză Clinică, editat de Corydon Hammond în 1988.

• *Tehnica fixării privirii* (Hunter, 1988):

„Aşezaţi-vă confortabil în fotoliu cu picioarele sprijinite de podea. E bine aşa. Aveţi vreo întrebare înainte de a începe? Nu? Bine! (Se oferă subiectului posibilitatea să participe.) Acum priviţi degetul meu arătător pe care îl voi apropia treptat de fruntea dumneavoastră. (Experimentatorul ţine mâna dreaptă la aproximativ 30 cm de fruntea subiectului, cu degetul arătător uşor flexat. Palma deschisă sau pumnul pot părea oarecum ameninţătoare pentru unii subiecţi.) Dacă veţi fixa un timp suficient de lung degetul meu sau orice alt obiect, ochii dumneavoastră vor obosi treptat şi veţi avea tendinţa de a-i închide. (Aduceţi arătătorul uşor flexat în dreptul punctului dintre sprâncenele subiectului.) Nu este nimic misterios în asta, doar că atunci când se va întâmpla, acesta va fi un semnal pentru dumneavoastră şi pentru mine că sunteţi gata să intraţi până la un anumit nivel de hipnoză, atât cât este confortabil şi potrivit pentru dumneavoastră astăzi. (Se stabileşte cu subiectul un *contract* implicit.) Continuaţi să priviţi degetul meu – e bine aşa – şi observaţi că ochii încep să se umezească uşor şi foarte curând veţi simţi nevoia să clipiţi... (În această etapă, ochii se umezesc şi subiectul are tendinţa de a clipi. Dacă se închid ochii, contractul este acceptat.) E bine aşa – lăsaţi acum ochii să se închidă uşor şi imaginaţi-vă că vă aflaţi într-un loc foarte plăcut, unde totul este aşa cum ar trebui să fie, un loc pe care l-aţi ales anume pentru dumneavoastră". (Locul ales are o semnificaţie personală.)

Uşorul tremur al pleoapelor este probabil cel mai obişnuit fenomen care apare atunci când cineva intră în hipnoză. Aceasta se întâmplă datorită poziţiei în care ochii se odihnesc atunci când intrăm în hipnoză. (Confirmarea faptului că subiectul se află în transă.) Mai târziu, atunci când veţi învăţa autohipnoza, veţi utiliza tremurul pleoapelor ca semnal că sunteţi gata să intraţi într-o stare foarte plăcută şi odihnitoare. (Se subliniază faptul că „acesta este instrumentul dumneavoastră". Indiferent ce se întâmplă, este bine că se întâmplă.) Acum se poate trece la programul terapeutic propriu-zis.

Variaţii ale tehnicii:

• Subiectul fixează vârful unui creion pe care îl ţine în mână.

• Se poate cere subiectului să fixeze cu privirea un punct de pe peretele opus.

• Unii terapeuţi recomandă fixarea unei lumânări sau a unui beculeţ cu lumină slabă.

Tehnici avansate de inducţie hipnotică

• *Metoda levitaţiei braţului*

Metoda a fost utilizată pentru prima dată de Milton Erickson, dar cea mai bună descriere a acesteia îi aparţine lui Wolberg. Subiectul este aşezat în poziţie cât mai comodă pe un scaun şi primeşte următoarele instrucţiuni: „Doresc să stai comod pe scaun şi să te relaxezi. Pune braţele pe coapse, cu palmele în jos. Observă cu atenţie braţele. Stai liniştit şi relaxat. Vei constata că se întâmplă anumite lucruri cu braţele şi cu palmele tale. Aceste lucruri se petrec întotdeauna când eşti relaxat, dar, de regulă, nu le dai atenţie. Te rog să te concentrezi asupra palmelor tale, asupra tuturor senzaţiilor ce apar la acest nivel. Vei simţi poate greutate în palme sau presiune, vei simţi materialul din care sunt făcuţi pantalonii (sau fusta) ori vei simţi căldură sau mici furnicături în degete. Indiferent despre ce fel de senzaţii e vorba, doresc să le observi cu atenţie. Atenţia ta poate să fluctueze, să se abată de la palme, dar readu-o cu calm înapoi. Continuă să te concentrezi asupra palmelor întrebându-te când va începe mişcarea din ele. (Când terapeutul observă mişcarea unuia din degetele subiectului, el menţionează acest lucru şi afirmă că mişcarea se va intensifica probabil.) E interesant de văzut care din degetele tale se mişcă mai întâi. Poate fi degetul mijlociu, arătătorul sau inelarul etc. Unul dintre degete începe să zvâcnească, să se mişte. Nu ştii încă ce deget se va mişca mai întâi. Continuă să-ţi concentrezi întreaga atenţie asupra degetelor. Vei constata o mişcare uşoară în degetul arătător al mâinii drepte. De îndată ce a început mişcarea, vei observa ceva interesant. Foarte încet, degetele se vor îndepărta unele de altele, spaţiul dintre ele va deveni din ce în ce mai mare. Degetele se vor îndepărta tot mai mult unele de altele. Se vor îndepărta unele de altele tot mai mult. (Aceasta este prima sugestie adevărată la care ne aşteptăm să răspundă subiectul.) Pe măsură ce degetele se depărtează, vei observa că ele au tendinţa de a se arcui, de a se ridica. Observă cum arătătorul mâinii drepte se arcuieşte, tinde să se ridice. În acest moment şi celelalte degete tind să-l urmeze, să se arcuiască, să se ridice, să se ridice. Pe măsură ce degetele tind să se ridice, devii tot mai conştient de faptul că palma ar fi trasă în sus de un balon, tot mai sus, din ce în ce mai sus. Palma dreaptă e uşoară ca un fulg şi tinde să se ridice tot mai mult. Pe măsură ce palma se ridică, tot braţul se ridică tot mai mult, din ce în ce mai sus. Pe măsură ce priveşti palma şi braţul care se ridică tot mai mult, observi că devii tot mai relaxat, tot mai toropit. Ochii devin tot mai obosiţi, din ce în ce mai obosiţi. Pe măsură ce braţele se ridică, devii tot mai relaxat, tot mai toropit, mai somnolent. Pleoapele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, tind să se închidă. Voi număra acum de la 1 la 10 şi cu fiecare număr braţul

tău se va ridica mai mult, tu te vei simţi tot mai relaxat, tot mai toropit, vei simţi nevoia să închizi ochii şi să te laşi în voia relaxării plăcute, odihnitoare. 1 – braţul se ridică uşor, atras ca de o forţă, braţul se ridică tot mai mult, sus, tot mai sus. Devii tot mai relaxat, tot mai toropit, pleoapele devin grele, foarte grele. Respiraţia devine rară, tot mai rară, regulată. Inspiră şi expiră adânc; 2 – braţul se ridică tot mai mult şi se apropie de faţa ta. Te simţi tot mai relaxat, tot mai toropit; 3-4 – pe măsură ce braţul se apropie de faţa ta, intri într-o relaxare adâncă, tot mai adâncă, braţul se ridică din ce în ce mai mult, până când va atinge faţa, iar tu devii tot mai toropit, din ce în ce mai toropit, dar nu trebuie să adormi înainte ca mâna să atingă obrazul. Când palma va atinge obrazul vei adormi; 7 – braţul îşi schimbă direcţia şi se ridică tot mai mult, tot mai mult, îndreptându-se spre faţa ta. Pleoapele devin grele, foarte grele. Devii tot mai toropit, tot mai toropit, ochii se închid, se închid; 8 – când palma va atinge faţa, vei adormi, vei adormi profund. Devii tot mai relaxat, tot mai relaxat, tot mai relaxat. Pleoapele sunt grele, grele ca plumbul şi braţul se ridică tot mai mult, tot mai sus, tot mai sus; 9 – când braţul va atinge faţa vei adormi adânc (dacă palma subiectului atinge faţa); 10 – dormi, dormi, dormi. Te simţi relaxat şi toropit, te gândeşti numai la somn şi relaxare. Relaxare profundă, profundă, ca un somn adânc".

Se observă că este mult mai bine dacă tehnica levitaţiei braţului se combină cu tehnica numărării, pentru că levitaţia este o metodă dificilă, la care subiecţii reacţionează mai puţin şi, în acelaşi timp, reprezintă o modalitate de abordare la care pot recurge doar terapeuţii experimentaţi.

Tehnica de inducţie indirectă a hipnozei (Milton Erickson)

Această tehnică de inducţie indirectă se poate aplica fără acordul pacientului. Se discută cu o persoană care este dispusă să coopereze şi apoi i se cere subiectului să asiste la o şedinţă de hipnoză a persoanei înţelese cu terapeutul. Se dau sugestii pentru persoana respectivă, dar acestea se adresează de fapt subiectului. Este indicat ca cele două persoane (pacientul şi martorul) să fie apropiate sub aspectul vârstei, pregătirii, sexului şi să aibă o aşezare spaţială în poziţii simetrice. Datorită acestor aspecte şi contagiunii afective există posibilitatea ca subiectul să intre automat în hipnoză.

Caracteristicile tehnicilor de inducţie hipnotică (Heap, 1993, p. 19)

1. Focalizarea atenţiei subiectului asupra unui stimul unic sau asupra unui număr limitat de stimuli:

– vizuali – un punct luminos sau strălucitor;
– auditivi – vocea hipnoterapeutului sau sunetul unui metronom;
– motrici – concentrare asupra respiraţiei sau ridicării (levitaţiei) braţului;
– imaginativi – o scenă descrisă de terapeut sau aleasă de subiect.

Alegerea stimulului pe care se realizează concentrarea are un caracter arbitrar, fiecare hipnoterapeut având tendinţa să-şi elaboreze propria metodă de inducţie hipnotică.

2. Administrarea unor sugestii repetitive de linişte, calm, greutate musculară, de adâncire a relaxării, precum şi sugestii care transmit mesajul că subiectul trebuie să se lase condus de instrucţiuni.

3. Utilizarea unor mesaje ritmate, după modelul 1:

„pe măsură ce număr, devii tot mai relaxat, tot mai relaxat, tot mai relaxat";

„cu fiecare expiraţie, corpul devine tot mai relaxat, tot mai relaxat";

„pe măsură ce pleoapele devin tot mai grele, trupul tău se cufundă tot mai mult, tot mai mult în fotoliu";

„cu fiecare mişcare a braţului intri tot mai profund, tot mai profund în hipnoză".

Heap (1993, 19) susţine că pentru reuşita inducţiei hipnotice este utilă introducerea a cel puţin unei sugestii de disociere psihică.

Sugestiile de relaxare şi greutate a corpului nu conţin în sine un astfel de potenţial, spre deosebire de sugestiile de levitaţie a braţului, anestezie sau cele cu caracter provocativ (ca de exemplu: „pleoapele grele, foarte grele... atât de grele încât nu poţi deschide ochii, nu poţi deschide ochii; încearcă să deschizi ochii, încearcă, dar nu poţi...").

Tehnica levitaţiei braţului s-a dovedit a fi foarte eficientă, în timp ce sugestiile cu caracter provocativ pot compromite inducţia.

Acelaşi autor subliniază faptul că în terapie este bine să se utilizeze la început trei sau patru tehnici de inducţie şi de adâncire a transei. În felul acesta, pacientul şi terapeutul vor alege cea mai bună metodă de inducţie hipnotică. În cursul şedinţelor viitoare, tehnica de inducţie va fi considerabil scurtată.

Există chiar unii pacienţi care, odată hipnotizaţi, vor avea nevoie la inducţiile viitoare doar de câteva sugestii verbale cu caracter repetitiv pentru a intra în hipnoză.

Hilgard (1986) afirma că inducţia hipnotică are drept scop să pregătească subiectul pentru experienţe psihologice de tip disociativ, perturbând continuitatea fluxului memoriei şi modificând focalizarea psihică prin intermediul sugestiilor verbale, al atenţiei selective şi prin stimularea imaginaţiei.

Metode de reducere a rezistenței la inducția hipnotică

Hunter (1988) sublinia faptul că rezistențele reprezintă un fenomen perfect normal care se manifestă la aproape orice subiect care nu a mai practicat hipnoza, dar care poate apărea uneori și la subiecții cu experiență în domeniu, atunci când aceștia sunt confruntați cu experiențe psihologice inedite, care pot avea loc în stare de hipnoză. Rezistențele nu sunt altceva decât expresia unor mecanisme de apărare de natură inconștientă.

Primul pas în direcția înlăturării rezistențelor constă în lămurirea unui subiect lipsit de experiență că aceste fenomene sunt normale și adesea dezirabile. Este, de asemenea, indicat să se administreze subiectului sugestii pozitive de tipul: „Îmi dau seama că ești motivat, și acesta este cel mai important lucru pentru ca hipnoza să reușească".

Există subiecți care vor spune terapeutului pe un ton agresiv: „Nu mă voi relaxa niciodată!". În astfel de cazuri se comandă rapid: „Te rog să te relaxezi! Încearcă doar să asculți vocea mea și să te lași purtat de ea. Faci parte din acea categorie de persoane care obțin maximum de profit atunci când ascultă cu atenție și se concentrează asupra a ceea ce spun".

Trebuie subliniat faptul că subconștientul interpretează invers afirmațiile cu caracter negativ. Astfel, afirmația: „Vă rog, NU..." va fi interpretată sub forma „Vă rog SĂ...".

În cazul subiecților care au tendința de a rămâne cu ochii deschiși este bine să se spună: „O, dumneavoastră faceți parte dintre acei subiecți care preferă să rămână cu ochii deschiși atunci când intră în hipnoză". La auzul unei afirmații de acest tip, subiectul va închide imediat ochii.

Terapeutul trebuie să piardă un anumit timp pentru a afla care sunt preferințele subiectului, spre a conduce corect procesul imaginației dirijate. Este indicat ca acesta să cunoască ce anume nu îi place subiectului, eventualele sale fobii. Evident că un subiect care se teme de apă va rezista sugestiilor de a înota în plan imaginar. În același timp este important să fie cunoscute experiențele anterioare legate de hipnoză, mai ales cele care se referă la hipnoza de estradă. Subiectului trebuie să i se dea asigurări că hipnoza clinică se deosebește foarte mult de cea de estradă și că terapeutul își cunoaște bine meseria.

Se afirmă de mai multe ori faptul că, indiferent ce anume se întâmplă, este bine ceea ce se întâmplă. În același timp e de dorit să se precizeze că majoritatea subiecților intră la început într-o stare de transă ușoară și că aceștia vor învăța să intre într-o hipnoză mai profundă abia atunci când se vor familiariza cu tehnica.

În cazul în care subiectul se dovedește excesiv de rezistent, este indicată aplicarea unei tehnici disociative după modelul: „Te rog, fă să intre în hipnoză doar subconștientul tău și menține conștientul treaz".

De reținut că cea mai bună tehnică de intrare în hipnoză este aceea prin care *învățăm* subiectul să intre în această stare și nu-i ordonăm s-o facă împotriva voinței sale. Această afirmație se bazează pe tendința firească a oamenilor de a se opune oricărei presiuni și de a proceda invers decât li se cere. Din acest motiv este bine să se utilizeze o voce blândă și caldă, chiar dacă ea ascunde o comandă deghizată sub forma unei invitații. Este bine să se recurgă la expresii de tipul: „lasă să se întâmple", „va fi interesant să observi că...".

Asemenea afirmații asigură subiectul că decizia de a-și explora propriile stări posibile sau de a intra într-o stare de hipnoză mai profundă îi aparține lui însuși. Trebuie lăsată impresia că experimentatorul are doar sarcina de a ghida, nu de a presa sau impune ceva.

Sub nici o formă experimentatorul nu trebuie să blameze subiectul prin vorbe sau gesturi pentru a obține o experiență satisfăcătoare în domeniul hipnozei.

Pentru succesul terapiei trebuie repetat permanent: „e bine ceea ce se întâmplă și este exact lucrul potrivit care trebuie să vi se întâmple acum".

III. Hipnoterapia – psihoterapia prin intermediul relaxării

Marea majoritate a hipnoterapeuţilor sunt de părere că hipnoza nu reprezintă o formă de psihoterapie prin ea însăşi, ci o metodă auxiliară aplicabilă la mai multe tipuri de terapii, deoarece inducţia hipnotică şi adâncirea transei nu sunt suficiente pentru obţinerea modificărilor terapeutice, deşi este posibil ca aceste proceduri să funcţioneze într-o anumită măsură datorită efectului „placebo" (Gibson, 1987).

Există, de asemenea, unele tulburări psihosomatice nu prea grave care se rezolvă doar cu intervenţii simple ce presupun câteva tehnici de heterohipnoză şi autohipnoză sau relaxare. Astfel, Alladin (1988) a raportat rezultate foarte bune la pacienţii cu migrenă care practicau relaxarea împreună cu terapeutul şi acasă, utilizând o casetă audio. La rândul său, Brattberg (1983) a obţinut rezultate pozitive cu pacienţi cu tinnitus (zgomot în urechi). În aceste cazuri, elementul de bază constă în practicarea relaxării şi nu în inducţia hipnotică.

Hipnoza, privită doar sub aspectul inducţiei şi adâncirii transei, nu diferă în mod esenţial de alte tehnici terapeutice cum ar fi: antrenamentul autogen, relaxarea progresivă, meditaţia, imaginaţia dirijată sau procedeele bazate pe biofeedback (Edmondston, 1981; Wagstaff, 1981; Wadden şi Anderton, 1982; Humphreys, 1984).

În cazul tuturor acestor tehnici, subiectul este profund relaxat, atenţia este focalizată spre unele senzaţii, trăiri şi imagini interioare, se administrează sugestii de relaxare şi adâncire a relaxării şi persoana este încurajată să adopte o atitudine pasivă, non-analitică etc. Ceea ce deosebeşte hipnoza de metodele terapeutice asemănătoare constă în accentul deosebit pus pe sugestiile verbale şi pe imaginile menite să provoace starea modificată de conştiinţă. Aceste elemente se referă nu numai la inducerea şi adâncirea transei, ci şi la ceea ce face terapeutul după ce fazele respective au fost depăşite.

Hipnoza poate potenţa psihoterapia, deoarece sporeşte sugestibilitatea pacientului, deblochează abilităţile imaginative, ameliorează relaţia pacient-terapeut şi reduce orientarea subiectului asupra realităţii (Holroyd, 1987). Mai mult, hipnoza facilitează şi accesul la zonele inconştiente ale psihismului, unde sunt stocate informaţii legate de problemele şi simptomele actuale, permiţându-i pacientului conştientizarea unor amintiri inacceptabile sau traumatizante, a unor impulsuri şi conflicte, precum şi rezolvarea satisfăcătoare a acestora.

Atunci când ne referim la aplicaţiile posibile ale hipnozei în psihoterapie este important să facem distincţia între terapia centrată pe rezolvarea simptomului şi terapia de profunzime, al cărei obiectiv constă în ajutarea pacientului să obţină insight-ul (iluminarea) în legătură cu problemele sale, permiţându-i să rezolve conflictele ascunse care se află la baza apariţiei simptomelor psihopatologice. Astfel, terapeutul poate trata o migrenă prin intermediul relaxării şi al unor tehnici de combatere a durerii sau poate explora ceea ce se află în spatele migrenei (ostilitate neexprimată), ajutându-l pe pacient să conştientizeze şi să rezolve conflictul intrapsihic.

Distincţia dintre terapia centrată pe simptom şi cea de profunzime s-a făcut ca urmare a disputelor care au avut loc între partizanii psihanalizei şi cei ai terapiei comportamentale (Eysenck, 1952). Această distincţie se realizează însă mai mult în plan teoretic, deoarece majoritatea terapeuţilor clinicieni utilizează demersuri cu caracter eclectic, recurgând când la un tip de abordare, când la altul, în funcţie de situaţie.

Mulţi hipnoterapeuţi combină abordarea centrată pe simptom cu cea exploratorie (de profunzime) la acelaşi pacient şi, uneori, chiar în cadrul aceleiaşi şedinţe de psihoterapie.

Hipnoza poate fi utilizată cu succes pentru o varietate de probleme, dar în funcţie de particularităţile individuale ale pacientului, de natura simptomului, precum şi a demersului terapeutic în cadrul căruia va fi inclusă.

Gibson şi Heap (1991) prezintă o listă a tulburărilor în cazul cărora se poate utiliza hipnoza.

1. Controlul anxietăţii

Hipnoza dă rezultate foarte bune în majoritatea problemelor în care obiectivul principal îl reprezintă controlul anxietăţii şi tensiunii psihice.

Nu există însă date suficiente care să ateste superioritatea hipnozei faţă de tehnicile de relaxare. Terapeutul este cel care trebuie să aleagă metoda în funcţie de particularităţile pacientului şi de stilul personal de abordare terapeutică.

2. Tulburările psihosomatice

Hipnoza se utilizează cu succes şi în tratamentul tulburărilor psihosomatice, cum ar fi: migrenele, astmul bronşic, afecţiunile dermatologice şi unele tulburări digestive (de pildă, colon iritabil) sau cardiovasculare.

Factorul terapeutic în cazul acestor afecţiuni ţine nu numai de relaxare, ci şi de sugestiile terapeutice care pot influenţa anumite funcţii fiziologice autonome la nivelul aparatelor cardiovascular, respirator şi gastrointestinal, reducând în acelaşi timp şi durerea sau disconfortul pacientului.

În acest domeniu de aplicaţii al hipnozei pot fi incluşi şi pacienţii care suferă de arsuri sau cei cu tulburări hemoragice, cum este, de pildă, hemofilia.

3. Procedurile medicale dureroase sau stresante

Hipnoza se utilizează şi pentru a-i ajuta pe pacienţi să facă faţă unor proceduri medicale sau stomatologice care produc anxietate, durere, disconfort şi sângerare abundentă, proceduri cum ar fi intervenţiile chirurgicale, extracţiile dentare, naşterile sau chimioterapia la pacienţii cu cancer.

4. Modificarea atitudinilor şi reacţiilor pacienţilor

Sugestiile hipnotice şi posthipnotice se utilizează şi pentru modificarea modului în care pacientul simte, gândeşte sau acţionează în anumite situaţii. Astfel, unui fumător i se poate administra posthipnotic sugestia că în momentul în care o ţigară îi atinge buzele, se va simţi cuprins de o puternică senzaţie de greaţă.

5. Hipnoza în terapia psihodinamică

Hipnoanaliza, combinaţie între tehnicile hipnotice şi psihanalitice, se utilizează în tratamentul acelor tulburări psihice care se datorează unor conflicte emoţionale de natură inconştientă, precum şi unor amintiri reprimate.

6. Tulburările obsesiv-compulsive

Hipnoza s-a dovedit a fi nu doar un adjuvant în tratamentul tulburărilor obsesiv-compulsive, Hoogduin (1988) demonstrând experimental că pacienţii cu astfel de tulburări sunt slab hipnotizabili.

Cu toate acestea, se poate apela la hipnoză pentru reducerea anxietăţii şi stoparea gândurilor negative ale subiecţilor respectivi. În acelaşi timp, unele tehnici hipnoanalitice pot fi utile în dezvăluirea conflictelor latente de natură inconştientă care stau la baza instalării tulburării.

Hipnoterapia dă în schimb rezultate mult mai bune în cazul tulburărilor fobice: fobii simple, agorafobie şi fobie socială.

În cazul fobiilor, hipnoza trebuie să se aplice în combinaţie cu tehnici cognitive şi comportamentale de desensibilizare.

Spre deosebire de obsesivi, pacienţii fobici au un scor ridicat de susceptibilitate hipnotică (Frankel şi Orne, 1976).

7. Hipnoza în depresii

Pacienţii depresivi pun probleme deosebite terapeuţilor de orice orientare (Storr, 1979; Gilbert, 1984).

Pe aceeaşi poziţie se situează Harllance (1971) care susţine că hipnoza este contraindicată în cazul depresivilor cu potenţial suicidar. Această precauţie porneşte de la premisa că hipnoza poate precipita reacţiile suicidare ale clientului, deoarece îi modifică starea emoţională, conferindu-i suficientă energie pentru a-şi duce la îndeplinire intenţiile autodestructive.

Heap (1984/b) descrie cazul unui pacient depresiv care, după 11 şedinţe de hipnoză cu sugestii de întărire a eului, a comis o tentativă serioasă de suicid.

Pacienţii depresivi sunt subiecţi dificili pentru hipnoză şi din cauza incapacităţii lor de a-şi concentra atenţia, fapt ce îngreunează inducerea transei.

Mai mult, în urma aplicării tehnicilor hipnoanalitice de dezvăluire a conţinuturilor psihotraumatizante de natură inconştientă, pacientul se confruntă cu experienţe dezagreabile care îi vor accentua şi mai mult starea depresivă. În pofida acestor dificultăţi, hipnoza a început să fie aplicată cu rezultate mai bune la pacienţii depresivi, în combinaţie cu metodele terapiei cognitive.

Psihoterapeutul care lucrează cu astfel de cazuri trebuie să aibă în vedere şi faptul că pacientul poate suferi de o tulburare afectivă unipolar depresivă sau bipolară, situaţie în care este absolut necesară administrarea unui tratament psihiatric adecvat înainte de începerea oricărei psihoterapii.

8. Hipnoza la pacienţii psihotici

Majoritatea autorilor sunt de părere că hipnoza este contraindicată la psihotici, şi aceasta din următoarele motive:

- este dificil, dacă nu imposibil, să se stabilească o relaţie cu pacientul psihotic, cufundat în lumea sa imaginară;
- psihoticii au, din aceleaşi considerente, mari dificultăţi de concentrare a atenţiei;
- tehnicile imaginative specifice hipnoterapiei pot conduce la exacerbarea ideilor delirante şi a halucinaţiilor.

9. Tulburările de personalitate

Observaţiile clinice şi studiile experimentale au condus la concluzia că subiecţii cu personalitate psihopatică nu răspund bine la nici un fel de psihoterapie şi, prin urmare, nici la hipnoză. Aceşti subiecţi prezintă o structurare dizarmonică a personalităţii, nu se consideră bolnavi şi nu solicită ajutorul altor persoane, ei fiind convinşi că ceilalţi sau condiţiile neprielnice ale mediului reprezintă factori responsabili de problemele lor.

10. Tulburările disociative

Unele studii nord-americane au evidenţiat eficienţa hipnozei în terapia unor tulburări disociative cum ar fi, de pildă, personalităţile multiple (Braun, 1984/b; Gonenwall, 1984).

Subliniem încă o dată faptul că hipnoza nu reprezintă o terapie în sine, ci un element în cadrul unor demersuri terapeutice mai complexe, de tip comportamental, cognitiv sau analitic, aceasta contribuind la potenţarea tehnicilor specifice respectivelor sisteme terapeutice.

Pentru ca inducţia hipnotică să fie încununată de succes este foarte important contextul în care se desfăşoară şedinţa de hipnoză. Astfel, subiectul va avea expectaţii diferite dacă se va supune inducţiei hipnotice pe scenă (hipnoză de estradă), într-un cabinet de psihoterapie sau într-un laborator de psihologie experimentală. Expectaţiiile sale vor fi diferite în ceea ce priveşte acţiunea hipnotizatorului, propriile trăiri şi experienţe, precum şi sub raportul relaţiei cu cel care induce hipnoza.

Din acest motiv, terapeutul trebuie să manevreze astfel situaţia clinică încât să obţină cât mai mult succes în aplicarea tehnicii sale, creând pacientului expectaţii care să maximizeze receptivitatea la sugestii. O atmosferă caldă, apropiată, bazată pe încredere reciprocă este absolut necesară pentru hipnoterapie.

În unele cazuri, pacientul este cel care solicită hipnoza, în timp ce în altele, terapeutul sugerează că ar fi necesară o astfel de intervenţie. Există şi situaţii când decizia de utilizare a hipnozei va fi luată pe parcursul desfăşurării unei terapii, cum ar fi, de pildă, cea cognitiv-comportamentală.

Indiferent în care dintre situaţii ne aflăm, terapeutul trebuie să exploreze expectaţiile clientului său în legătură cu hipnoza. Astfel, este bine să fie întrebat dacă a avut vreo experienţă de acest tip pentru a-i surprinde atitudinile şi opiniile referitoare la aceasta.

O atenţie deosebită trebuie acordată anxietăţilor pacientului, anxietăţi care trebuie reduse într-o manieră blândă şi securizantă.

Un aspect important al pregătirii pentru inducţia hipnotică îl reprezintă crearea unei stări de relaxare fizică şi psihică şi direcţionarea atenţiei subiectului dinspre stimulii exteriori către experienţe de natură internă: sentimente, amintiri, imagini etc.

Starea de relaxare se poate obţine prin utilizarea unei voci monotone, prin intermediul căreia terapeutul îi va descrie pacientului experienţele pe care le va trăi în timpul hipnozei.

Este util să se amintească unele lucruri legate de transele spontane, specifice vieţii cotidiene.

Într-un anumit moment al discursului, pacientul va fi solicitat să închidă ochii pentru a se concentra mai bine asupra experienţelor interne.

Este utilă şi tehnica prin care se cere subiectului să fixeze un punct aflat undeva sus, fapt ce solicită încordarea musculaturii globilor oculari, contribuind apoi la realizarea senzaţiei de greutate în pleoape, urmată de închiderea ochilor.

Există mai multe tehnici de inducţie hipnotică, toate având însă drept scop relaxarea subiectului şi focalizarea atenţiei spre interior.

Hipnoterapia poate deci să îmbrace trei forme: a) terapie centrată pe simptom (are ca obiectiv eliminarea simptomului); b) psihoterapie analitică – hipnoanaliza (combinaţie a hipnozei cu psihanaliza); c) sisteme de psihoterapie în care hipnoza se combină cu foarte multe tehnici de psihoterapie scurtă de orientare comportamentală şi experienţială. În plus, hipnoza poate fi aplicată şi în susţinerea oricărui pacient cu afecţiuni organice, fiind utilă în reducerea anxietăţii. Se consideră exagerată ideea că înlăturarea simptomului determină o substituţie de simptom, dar trebuie să se ţină seama de faptul că, cu cât nevoia pacientului de a avea simptomul este mai mare (este vorba de un mecanism de apărare al ego-ului), cu atât mai rezistent va fi pacientul la psihoterapie. Deci, pacientul trebuie să facă faţă simptomului său şi să nu recidiveze sub acţiunea unui nou stres.

Prevenirea şi controlul efectelor negative ale hipnoterapiei

De mai bine de o jumătate de secol s-a vorbit de aşa-zisele *efecte negative ale hipnozei*, efecte care fie împiedică intrarea în hipnoză, fie constau în apariţia unor simptome secundare acesteia.

Se pune adesea întrebarea dacă practicarea hipnozei este periculoasă pentru pacient.

Bellet (2002, p. 231) este de părere că hipnoza în sine nu prezintă nici pericole, nici virtuţi. Posibilele pericole derivă din intenţiile celor care o aplică, fapt valabil pentru oricare altă tehnică psihologică bazată pe relaţii interpersonale, şi ţin de nerespectarea indicaţiilor nozografice ale hipnozei.

Singurul risc constă în aplicarea hipnozei de către un terapeut incompetent care nu are cunoştinţe de medicină, psihopatologie şi psihiatrie, situaţie în care hipnoterapia nu îşi atinge scopul.

Practica clinică a evidenţiat faptul că decompensările grave survenite în urma hipnozei pot fi numărate pe degete. Chiar şi în aceste cazuri a fost probabil vorba de un potenţial psihotic preexistent care nu a fost remarcat de către terapeut şi care ar fi putut să se manifeste oricum şi în alte circumstanţe.

Bellet (2002) prezintă câteva contraindicaţii ale hipnozei, contraindicaţii dintre care majoritatea au un carcater relativ. Trebuie eliminaţi subiecţii care prezintă următoarele probleme:

- deficienţii mintal şi cei cu demenţe, care nu înţeleg ce anume li se cere;
- solicitările nerealiste venite din partea unor subiecţi care vor să fie regresaţi în „vieţile anterioare“ sau să verifice fidelitatea partenerilor;
- pacienţii cu schizofrenie paranoidă sau paranoia (mai ales cei cu idei de influenţă exterioară);
- după părerea noastră trebuie eliminaţi şi pacienţii cu epilepsie (care nu umează tratament anticonvulsivant), în cazul cărora fixarea privirii ar putea declanşa o criză.

Autorul subliniază faptul că unii pacienţi psihotici, precum şi cei de tip „borderline" (marginali) pot beneficia de hipnoză cu condiţia ca terapeutul să fie medic psihiatru şi să poată aprecia corect oportunitatea aplicării metodei.

Sugestibilitate şi memorie (Yapko, 1995)

Să presupunem că o pacientă se prezintă la psihoterapie pentru coşmaruri, tulburări ale conduitei alimentare şi dificultăţi de relaţionare cu sexul opus. Aceasta nu ştie de unde îi vin simptomele, dar terapeutul îi sugerează faptul că ar fi putut fi abuzată sexual în copilărie şi că şi-a reprimat amintirile. Prin intermediul regresiei hipnotice, cu vizualizare şi imaginaţie dirijată, pacienta îşi aminteşte ce anume i s-a întâmplat, fiind de acord cu ideea că a fost agresată sexual în copilărie.

Se pune problema dacă respectivul abuz chiar a avut loc sau a fost „fabricat" fără intenţie de către pacientă pentru a se conforma expectaţiilor şi sugestiilor terapeutului.

Astfel de situaţii au condus la o serie de controverse în domeniul hipnoterapiei.

Unii terapeuţi sunt de părere că existenţa unor psihotraume timpurii poate fi diagnosticată pe baza unor simptome (Blume, 1990; Fredrickson, 1992) şi că tratamentul trebuie să implice identificarea amintirilor reprimate şi procesarea lor terapeutică pentru a elibera pacientul de problemele sale. Aceşti specialişti consideră şi că autorii abuzurilor invocă drept argument, pentru a scăpa de responsabilitatea faptelor lor, problemele falselor amintiri.

Mai mult, ei sunt de părere că amintirile respective sunt adevărate şi trebuie recunoscute ca atare pentru succesul terapiei.

Alţi clinicieni sunt sceptici în ceea ce priveşte posibilitatea de a diagnostica exact amintirile refulate ale unor experienţe traumatice pe baza unui set de simptome care ar putea avea şi o altă explicaţie (Ganaway, 1991; Loftus, 1993). De altfel, conţinuturile psihice reprimate nu pot fi identificate direct, ci doar deduse.

Aceşti cercetători consideră că prin sugerarea ideii că pacientul a fost abuzat, el poate fi influenţat intenţionat sau neintenţionat să creadă că acel eveniment chiar s-a produs. Acest lucru ar putea avea drept consecinţă acuzarea unor persoane nevinovate.

O serie de studii (Orne, 1979; Laurance şi Perry, 1983; Sheehan, Statham şi Jamieson, 1991; Lynn, Milano şi Weeks, 1992; Loftus, 1993) au condus la concluzia că memoria este mai curând reconstructivă decât reproductivă, acurateţea amintirilor putând fi influenţată de o serie de factori printre care se numără şi sugestia şi dezinformarea.

De asemenea, refularea reprezintă un fenomen complex, influenţa acestuia asupra memoriei nefiind pe deplin elucidată (Loftus şi Yapko, 1995). Astfel, nu se ştie exact în ce măsură refularea reduce acurateţea amintirilor şi în ce măsură procedeele hipnotice influenţează amintirile respective.

Datorită acestui fapt, falsele amintiri pot fi acceptate ca adevărate doar datorită ideilor preconcepute ale terapeuţilor (Scheflin şi Shapiro, 1989).

Yapko (1995) este de părere că psihoterapeutul nu trebuie să tragă o concluzie pripită că a avut loc un abuz în copilărie doar pentru că această ipoteză i se pare plauzibilă, simptomele neputând fi considerate probe pentru dovedirea abuzului.

În cazul în care clientul nu menţionează nimic în legătură cu un posibil abuz, terapeutul trebuie să fie atent să nu i-l sugereze.

Uneori, terapeutul are motive întemeiate să suspecteze existenţa unui abuz şi să considere că pacientul său trebuie informat în legătură cu opinia sa. Dacă acesta manifestă rezistenţă, nedorind să discute problema respectivă, terapeutul nu trebuie să „patologizeze" situaţia interpretând-o ca pe un fenomen de negare. Dimpotrivă, este necesar să creeze o astfel de atmosferă încât să lase clientului posibilitatea să decidă dacă problema respectivă trebuie să fie abordată sau nu.

Terapeutul nu trebuie să conchidă în mod automat că, dacă un subiect nu-şi aminteşte decât puţine lucruri din copilărie, acesta prezintă amintiri psihotraumatizante reprimate, pentru că există indivizi orientaţi predominant spre prezent sau viitor şi care nu acordă prea multă importanţă evenimentelor din trecut.

De asemenea, cercetările de psihologie cognitivă au evidenţiat faptul că înainte de vârsta de 2 ani copiii nu au formată structura mentală capabilă să înregistreze amintiri cu caracter coerent.

Terapeutul nu trebuie să aducă în discuţie problematica abuzului decât într-un context terapeutic precis delimitat şi nici să adreseze clientului întrebări sugestive de tipul: „când s-a abuzat de tine?" sau „cum a procedat persoana care a abuzat de tine?" etc. Întrebările care trebuie adresate sunt: „ce vârstă aveai atunci?"; „unde te aflai?"; „ce s-a petrecut atunci?"; „cine a mai fost de faţă?"; „ce s-a spus în timpul conversaţiei cu persoana X?" etc.

Chiar şi în cazul în care a fost identificată o situaţie reală de abuz, terapeutul ar da dovadă de lipsă de responsabilitate dacă l-ar influenţa pe client să-şi părăsească familia. O astfel de decizie trebuie să-i aparţină în primul rând pacientului. Mai mult, dezgroparea cu orice preţ a amintirilor psihotraumatizante trecute şi procesarea lor automată nu se potrivesc pentru toţi pacienţii. Rememorările prea frecvente ale unor evenimente psihotraumatizante îi pot determina pe unii pacienţi să se simtă mai rău atunci când sunt confruntaţi cu experienţe cărora nu le pot face faţă.

Din acest motiv, o abordare menită să stimuleze activarea resurselor adaptative ale clientului, fiind mai puţin centrată pe procesările materialului mnezic, are mai multe şanse să fie încununată de succes.

Problematica rezistenţelor

Yapko (1995) consideră că rezistenţele reprezintă mai curând o modalitate prin intermediul căreia clientul comunică terapeutului propriile limitări în ceea ce priveşte modul său de a vedea lumea.

Mai precis, rezistenţa nu reprezintă o limită a clientului, ci un mod în care acesta comunică ceea ce poate sau nu să realizeze. Acest mod de a vedea problema nu mai conduce la culpabilizarea clientului despre care psihanaliştii spuneau că sabotează în mod inconştient psihoterapia.

În cazul hipnoterapiei, manifestarea rezistenţelor poate exprima faptul că subiectul decide să nu răspundă la sugestii pentru că acestea nu se potrivesc experienţei sale sau pot chiar să o contrazică.

Rezistenţele pot să apară la inducţia hipnotică sau la progresul terapiei (Brown şi Fromm; Erickson şi Rossi, 1979; Grinder şi Bandler, 1981; Yapko, 1984).

Rezistenţele la inducţia hipnotică pot avea cauze multiple, dintre care menţionăm (Yapko, 1995):

- teama legată de ce se va întâmpla în timpul hipnozei, teamă care se poate manifesta la persoanele care nu sunt suficient de bine informate în legătură cu fenomenul hipnotic;
- experienţele anterioare negative sau eşecurile pe care le-au trăit subiectul ori persoane semnificative în urma practicării hipnozei;
- stările afective negative induse subiectului de către clinician;
- variabile ce ţin de context: ambianţă, starea de sănătate a subiectului etc.;
- tipul şi forma sugestiilor; neconcordanţa dintre sugestiile administrate de terapeut şi expectaţiile clientului.

Rezistenţele faţă de programul terapiei pot avea, la rândul lor, mai multe cauze:

- conflictele intrapsihice ale subiectului, mai ales ambivalenţa în ceea ce priveşte dorinţa de vindecare;
- strategiile şi tehnicile terapeutice sunt considerate inacceptabile de către client;
- ritmul în care se desfăşoară interviurile terapeutice (un ritm prea rapid sau prea lent poate conduce la rezistenţe);

- relaţia transferenţială: sentimentele negative faţă de terapeut sau, dimpotrivă, idealizarea acestuia poate impieta asupra progresului terapiei;
- variabile sau factori ce ţin de context.

Strategia de abordare a rezistenţelor ţine de modul în care acestea sunt definite de către terapeut.

Bandler şi Grinder (1979) sunt de părere că rezistenţele nu există în realitate; există doar terapeuţi slab dotaţi.

În hipnoterapia ericksoniană, rezistenţele sunt acceptate şi utilizate. Terapeutul va accepta rezistenţele ca pe o formă de comunicare din partea clientului şi va încerca să găsească o modalitate de a utiliza răspunsul acestuia pentru potenţarea sugestiilor viitoare. Astfel, manifestarea rezistenţelor se va transforma într-un comportament de cooperare (în cazul în care terapeutul va defini tot ceea ce face clientul în termenii cooperării, rezistenţele nu-şi vor mai avea rostul).

A răspunde rezistenţelor clientului într-o manieră care presupune acceptare şi nu confruntare necesită o mare flexibilitate din partea terapeutului care se va adapta realităţii clientului său, în loc să-l solicite pe acesta din urmă să o accepte pe a sa.

Reacţii neprevăzute faţă de hipnoză

Aşa cum am mai subliniat, hipnoza în sine nu prezintă nici un fel de pericol. Eventualele probleme care pot să apară în urma utilizării ei ţin de asocierile care se produc între diversele elemente ale comunicării ce are loc în timpul hipnozei: relaţia terapeut-client, stilul de comunicare, conţinutul sugestiilor, variabilele ce ţin de context, precum şi comunicarea intrapersonală (între diversele instanţe ale personalităţii clientului).

Prezentăm în cele ce urmează câteva dintre aceste probleme (Yapko, 1995):

1. Substituţia de simptom

Se referă la apariţia unui alt simptom, nu neapărat mai grav, după înlăturarea celui vechi prin intermediul hipnozei.

Pentru a aduce hipnozei o asemenea acuză ea trebuie considerată doar ca terapie centrată pe simptom, în opoziţie cu terapiile dinamice de profunzime care postulează faptul că energia psihică specifică unor conflicte interne se va redirecţiona spre un alt simptom, atâta timp cât conflictele intrapsihice nu sunt rezolvate.

Asemenea obiecţii se pot formula la adresa oricărei psihoterapii scurte de orientare comportamentală sau cognitiv-comportamentală şi chiar a tratamentului medicamentos.

Hipnoza poate fi utilizată ca terapie centrată pe simptom (sugestii directe de înlăturare a simptomului), dar aceasta va fi mult mai eficientă dacă se va înțelege semnificația psihologică profundă a simptomului. Acest lucru presupune însă o pregătire mult mai aprofundată a hipnoterapeutului.

2. Imposibilitatea de a anula efectele sugestiilor

Unele persoane se tem ca nu cumva terapeutul să uite să anuleze sugestiile administrate, acestea având consecințe și după încheierea transei.

Răspunzând la această obiecție, Yapko (1995) susține că reacțiile subiectului hipnotizat au un caracter situațional, ele funcționând doar pe perioada când persoana se află în hipnoză. Aceste reacții nu vor fi prelungite în starea de veghe decât dacă se administrează sugestii exprese în acest sens.

Reamintim faptul că obiectivul hipnoterapiei îl reprezintă, printre altele, utilizarea unor sugestii posthipnotice care să permită generalizarea experiențelor acumulate în hipnoză în alte situații de viață.

Efectele sugestiilor administrate în stare de hipnoză și care nu sunt posthipnotice vor dispărea în mod spontan o dată cu ieșirea din transă.

Dacă totuși clientul continuă să trăiască anumite stări specifice hipnozei și după încheierea ședinței, înseamnă că acesta și-a administrat singur, dintr-un motiv sau altul, o autosugestie posthipnotică. În acest caz, terapeutul va reinduce hipnoza și va anula sugestia respectivă.

3. Regresia spontană și fenomenele de abreacție (descărcare emoțională)

Regresia spontană presupune retrăirea unor experiențe trecute, experiențe care au fost reprimate, iar abreacția reprezintă apariția unei reacții emoționale puternice la retrăirea amintirilor respective.

Apariția regresiei spontane este un semn că subiectul are o serie de conflicte intrapsihice nerezolvate. Uneori, refularea unor experiențe psihotraumatizante este atât de puternică, încât acestea rămân în afara conștiinței chiar în timpul hipnozei; subiectul are amnezia celor petrecute și poate prezenta la ieșirea din hipnoză dureri de cap, amețeli sau alte simptome minore, deranjante.

Unii terapeuți stimulează aceste descărcări în scopuri terapeutice; în alte cazuri ele se manifestă, așa cum am mai subliniat, în mod spontan.

Abreacțiile pot îmbrăca diverse forme: plâns, tremor, respirație accelerată, convulsii de tip isteric, ieșire bruscă din hipnoză și chiar halucinații și idei delirante.

Aceste fenomene trebuie abordate cu blândețe într-un mod suportiv. Terapeutul va solicita clientul pe un ton calm să-și descrie experiențele, să permită ca descărcarea emoțională să aibă loc, să accepte și să utilizeze reacțiile manifestate și să-l ajute să-și schimbe perspectiva, în ideea că trecutul nu poate fi modificat, ci doar atitudinea față de acesta.

Este indicată administrarea unor sugestii de liniștire, pe un ton blând, care să inspire încredere.

Chiar dacă timpul acordat clientului s-a scurs, acesta va mai fi menținut în cabinet până când se va simți complet restabilit.

Deși efectele negative ale hipnozei au fost mult exagerate de literatura de senzație, există totuși unele situații clinice care solicită din partea terapeutului un grad sporit de vigilență.

Cunoașterea acestor situații îi va permite terapeutului să controleze reacțiile subiecților, intervenind cu calm și într-o manieră încurajatoare ori de câte ori apare vreo problemă pe parcursul terapiei.

Frauman, Lynn și Brentar (1993) prezintă aceste situații de care trebuie să țină seama terapeutul specializat în hipnoterapie.

I. Prezența în antecedentele subiecților a unor reacții de tip disociativ

Un pacient care prezintă în antecedente experiențe neobișnuite, consecutive utilizării unor anestezice sau analgezice sau episoade disociative de orice tip (depersonalizare, derealizare, fugă isterică) necesită o atenție specială din partea terapeutului, deoarece acesta poate avea experiențe confuze referitoare la relaxare sau la modificările perceptive care apar în cursul hipnozei și care îi pot aminti de reacțiile adverse trăite în timpul anesteziei.

Discontinuitățile din cadrul fluxului asociațiilor mentale, sentimentele de irealitate și stimularea trăirilor imaginative specifice relaxării și hipnozei pot conduce la exacerbarea reacțiilor disociative la indivizii predispuși, ceea ce poate să le sporească anxietatea. În același timp, un hipnoterapeut începător poate deveni la rândul său anxios, având sentimentul că nu ține lucrurile sub control.

II. Pacienții care prezintă un risc de decompensare psihotică, cei cu trăsături paranoide de personalitate, care suferă de teama morbidă de a nu fi influențați sau controlați, precum și cei cu structură de tip „bordeline", ce pot trăi hipnoza ca pe o experiență bruscă, intruzivă și nedorită, care le violează intimitatea, nu sunt subiecți potriviți pentru hipnoză.

Aceștia pot interpreta greșit fenomenul hipnotic sau intențiile hipnoterapeutului, ceea ce contribuie uneori la exacerbarea simptomelor.

Astfel, ei pot să manifeste în timpul hipnozei fenomene de tip halucinator sau să dezvolte idei delirante de prejudiciu ori influență exterioară.

III. Transferul negativ

Experienţele timpurii pe care le-au avut unii pacienţi cu părinţii sau alte figuri învestite cu autoritate îi predispun să-l privească pe hipnoterapeut cu neîncredere, supărare sau teamă.

La aceste manifestări contribuie şi aspectele culturale care îl înconjoară pe hipnotizator cu o aureolă de mister, autoritate şi putere, fapt ce poate accentua reacţia negativă a subiectului (Fromm, 1980) faţă de o situaţie care presupune dominanţă şi control din partea altcuiva. În astfel de cazuri, subiectul nu mai este suficient de implicat în hipnoză, pe care o poate considera o experienţă negativă.

IV. Prejudecăţile legate de hipnoză

Aceste prejudecăţi pot submina încrederea subiectului în hipnoterapeut, împiedicându-l să se abandoneze experienţei hipnotice.

Ideile preconcepute cu privire la hipnoză se datorează în mare măsură hipnozei de estradă sau emisiunilor din mass-media care caută senzaţionalul.

Cele mai frecvente prejudecăţi sunt următoarele (Yapko, 1995):

1. Hipnoza se datorează forţei degajate de hipnotizator.

Hipnoterapeutul îşi poate utiliza abilităţile de comunicare pentru a-l influenţa pe pacient prin intermediul sugestiilor, îi poate ghida experienţele subiective, dar numai în măsura în care clientul permite acest lucru, în cadrul unei relaţii de colaborare.

2. Numai anumite persoane pot fi hipnotizate.

Observaţiile clinice au demonstrat faptul că există persoane la care hipnoza este mai uşor de indus decât la altele. Acestea din urmă sunt mai puţin receptive din următoarele motive: se tem de pierderea autocontrolului, trec brusc de la stări de relaxare la stări de încordare, au dificultăţi de a se relaxa, sunt excesiv de atenţi la stimulii ambianţei etc. Atunci când natura rezistenţei la hipnoză este identificată şi rezolvată, un pacient „dificil" se poate transforma într-un bun subiect pentru hipnoză (Barber, 1980; Araoz, 1985).

3. Persoanele hipnotizabile se caracterizează prin voinţă slabă.

Hipnotizabilitatea nu se corelează în mod special cu anumite particularităţi ale personalităţii. Practic, orice om poate intra în mod spontan în stări de transă hipnotică.

Prejudecata legată de lipsa de voinţă a subiectului ţine de imaginea, devenită aproape tradiţională, a hipnotizatorului ca o persoană care exercită un control asupra altcuiva (Weitzenhoffer, 1989).

4. Odată hipnotizată, persoana va rămâne pentru totdeauna sub controlul hipnotizatorului.

Procesul hipnotic are la bază interacţiunea dintre pacient şi terapeut cu scopul de a atinge anumite obiective dezirabile. În cazul în care pacientul decide să nu mai intre în hipnoză dintr-un motiv sau altul, acesta este liber să nu o facă, natura fenomenului hipnotic fiind determinată contextual.

Experienţele anterioare avute cu hipnoza, relaţia cu terapeutul, dar şi contextul particular în care se desfăşoară aceasta, reprezintă variabile care vor influenţa decizia subiectului de a intra sau nu în hipnoză.

5. O persoană hipnotizată va spune sau va întreprinde ceva împotriva voinţei sale.

Aceasta reprezintă poate cea mai controversată problemă legată de hipnoză.

Este cunoscut faptul că există posibilitatea de a manipula oamenii, obligându-i să facă anumite lucruri împotriva voinţei lor, cum ar fi, de pildă, fenomenul de „spălare a creierului".

Cu toate acestea, contextul psihoterapeutic nu favorizează astfel de fenomene pentru că pune un accent deosebit pe normele etice.

6. A fi hipnotizat este periculos pentru sănătate.

Hipnoza în sine nu reprezintă nici un pericol pentru nimeni, dar există hipnotizatori incompetenţi sau lipsiţi de scrupule care pot aduce unele prejudicii subiectului din ignoranţă sau lipsă de respect pentru integritatea fiinţei umane (Mac Hovec, 1986; Kleinhauz şi Eli, 1987; Frauman, Lynn şi Brentar, 1993).

Tulburările emoţionale pot să apară nu din cauza hipnozei, ci a conţinutului sugestiilor sau a incapacităţii terapeutului de a ghida corect pacientul. Acelaşi fenomen se poate petrece însă şi în cazul oricărei alte relaţii de ajutorare psihologică, în cadrul căreia terapeutul poate oferi sfaturi neadecvate, îl poate dezinforma (desigur, fără voie) pe pacient, poate face promisiuni fără acoperire, poate comite erori de diagnostic sau pur şi simplu îl poate face pe pacient să-şi irosească timpul şi banii.

Corect practicată, hipnoza poate contribui la creşterea autocontrolului, a încrederii în sine a pacientului, la rezolvarea unor conflicte de natură emoţională, precum şi la crearea unei stări de bine psihologic.

7. Subiectul va deveni dependent de hipnoterapeut.

Hipnoza, ca instrument terapeutic, nu creează o dependenţă mai mare decât o terapie cognitiv-comportamentală, analitică sau chiar decât aplicarea unor teste psihologice.

Dependenţa reprezintă o nevoie pe care o are orice fiinţă umană într-o anumită măsură. Persoanele cu probleme psihologice, care solicită ajutor, au un grad mai mare de dependenţă faţă de alţi oameni, scopul terapeutului fiind tocmai recâştigarea autonomiei şi încrederii în sine.

Într-o măsură mai mare decât tehnicile terapeutice care încurajează pacientul să privească terapeutul ca pe o sursă de răspunsuri, hipnoza utilizată corect, îl poate ajuta pe pacient să se orienteze spre interior şi să-şi valorifice propriile disponibilităţile latente.

Învăţarea autohipnozei contribuie, la rândul său, la creşterea autonomiei pacientului, aşa cum spune străvechea zicală orientală: „dacă îi dai unui om un peşte, îi asiguri o masă; dacă îl înveţi să pescuiască, îi oferi hrană pentru toată viaţa".

Persoanele care practică autohipnoza îşi vor dezvolta mecanisme de autoreglare psihică şi în consecinţă vor avea un autocontrol mai bun asupra propriei lor existenţe.

8. Persoana hipnotizată nu mai poate ieşi din hipnoză.

Hipnoza reprezintă o stare de concentrare a atenţiei către interior sau exterior, focalizare ce poate fi întreruptă de client care poate iniţia sau încheia respectiva experienţă oricând doreşte (Watkins, 1986; Kirsch, Lynn şi Rhue, 1993).

9. În timpul hipnozei, persoana este adormită sau se află într-o stare de inconştienţă.

Studiile au demonstrat faptul că hipnoza nu este echivalentă cu somnul.

Aparent, subiectul hipnotizat după tehnici tradiţionale poate aminti de o persoană adormită (absenţa activităţii motorii, relaxare musculară, respiraţie încetinită), dar sub aspect psihologic persoana se află într-o stare de veghe relaxată, fiind conştientă de ceea ce se întâmplă în jur chiar şi atunci când transa este mai profundă (Weitzenhoffer, 1989).

În cazul transei spontane, gradul de conştientizare a stimulilor ambianţei este şi mai ridicat, mai ales datorită faptului că relaxarea musculară nu este obligatorie.

Un argument în favoarea ipotezei că hipnoza nu înseamnă somn este furnizat şi de „pattern"-ul electroencefalografic care este unul de veghe relaxată: unde cerebrale „alfa".

Ţinând seama de faptul că şi în hipnoză profundă subiectul este într-o oarecare măsură conştient de stimulii exteriori, nu se recomandă ca terapeutul să sugereze ideea de somn.

10. Hipnoza nu trebuie neapărat indusă cu ajutorul unui ritual standardizat, fenomene de acest tip putând să apară şi în afara inducţiei propriu-zise.

Înţeleasă în contextul unei relaţii de comunicare, transa se instalează în cazul în care atenţia subiectului este focalizată pe stările emoţionale sau pe ideile sugerate de terapeut. Atâta timp cât atenţia acestuia este orientată spre interior sau spre stimuli exteriori care, la rândul lor, declanşează trăiri subiective, persoana se află mai mult sau mai puţin în hipnoză.

11. Persoana hipnotizată trebuie să fie în mod obligatoriu relaxată.

Deoarece hipnoza presupune concentrarea atenţiei, aceasta poate să apară în mod spontan şi atunci când subiectul conversează, citeşte sau în orice altă situaţie când acesta este concentrat.

Subiectul aflat în transă poate trăi stări de anxietate sau poate desfăşura o activitate motorie, relaxarea fizică nefiind o condiţie obligatorie pentru hipnoză (Malott, 1984; Banyai, Zseni şi Tury, 1993).

12. Hipnoza reprezintă o psihoterapie.

Hipnoza nu este o terapie, ci un instrument terapeutic ce poate fi utilizat în foarte multe feluri.

Hipnoterapeutul nu trebuie să se bazeze neapărat pe o anumită concepţie teoretică sau să aibă o anumită orientare practică.

Hipnoza, în sens larg, reprezintă o componentă a oricărui demers psihoterapeutic în cadrul căruia o persoană se angajează în demersul de influenţare a altei persoane (Lankton, 1982; Kirsch, Lynn şi Rhue, 1993).

13. Hipnoza poate fi utilizată pentru ca subiectul să-şi amintească cu exactitate toate experienţele trăite.

Unii specialişti au comparat psihicul uman cu un calculator în care fiecare informaţie este stocată cu precizie şi poate fi oricând accesată.

Yapko (1995) consideră că metafora calculatorului nu se potriveşte minţii omeneşti pentru că psihicul nu înregistrează şi nu stochează experienţele pentru a fi reproduse cu exactitate. Mai precis, informaţiile sunt stocate în acelaşi mod cu percepţiile şi pot fi distorsionate la fel ca şi acestea.

Oamenii îşi pot „aminti" lucruri care nu s-au petrecut niciodată, îşi pot aminti fragmente de experienţe, pot combina elemente specifice mai multor tipuri de informaţii pe care le transformă în „false amintiri" (Orne, 1984; McConkey, 1992; Yapko, 1994).

V. Experienţe negative de dată recentă

Uneori, reacţiile negative ale unor persoane faţă de hipnoză îşi au originea în experienţele negative pe care acestea le-au avut cu un hipnoterapeut (Orne, 1965).

În astfel de cazuri este indicată o discuţie sinceră şi deschisă cu clientul, noul terapeut căutând să corecteze pe cât posibil ceea ce s-a petrecut înainte.

VI. Sugestiile administrate pot reactiva o reacţie emoţională neaşteptată

Sugestiile hipnotice pot activa anxietăţi, conflicte, amintiri dezagreabile, dând posibilitatea exprimării unor afecte refulate (Fromm, 1980).

Adesea, sugestiile pentru obţinerea regresiei de vârstă sau cele legate de visele hipnotice pot activa elemente importante din zonele inconştiente ale psi-

hismului subiectului, fapt ce poate declanşa abreacţii (descărcări emoţionale) puternice. Astfel, o pacientă căreia i s-a sugerat să regreseze până la vârsta de 8 ani, a început să plângă în hohote şi să respire cu dificultate. Pradă unei emoţii puternice, ea a descris modul în care a fost agresată sexual de un vecin în vârstă de 16 ani.

Lynn (1993) relatează cazul unui participant la un grup de învăţare a autohipnozei care a intrat în panică şi a părăsit încăperea atunci când i s-a cerut să-şi concentreze atenţia asupra gândurilor sale. Pacientul s-a dovedit a fi un obsesiv care lupta din răsputeri cu gândul absurd că îşi va sugruma logodnica. Peste puţin timp, subiectul în cauză a acceptat faptul că are nevoie de tratament psihiatric.

VII. Sugestii dificile sau inadecvate

Sugestiile implică solicitări diferite din partea subiecţilor sub aspect cognitiv, perceptiv, emoţional sau motric.

Există sugestii motorii simple, cum ar fi, de pildă, testul levitaţiei braţului, care pot fi realizate de majoritatea subiecţilor hipnotizaţi. Dimpotrivă, sugestiile care implică realizarea unor acţiuni posthipnotice, regresia de vârstă sau experienţele de părăsire a corpului sunt urmate de maximum 50% dintre subiecţi. Eşecul în îndeplinirea sugestiilor respective poate trezi la subiecţi sentimente de neadecvare, anxietate sau depresie (Lynn şi Hammel, 1987).

Mai mult, sugestiile care presupun experienţe perceptive modificate (iluzii, halucinaţii) pot genera stări afective negative chiar dacă subiectul reacţionează la ele (Nash ş.a. 1984).

VIII. Sugestiile directe de reducere a simptomelor

Deoarece simptomele reprezintă mecanisme adaptative, care implică beneficii secundare (avantaje) neconştientizate, sugerarea directă şi în forţă a abandonării simptomelor poate produce la subiect un conflict puternic între tendinţa de a urma inidicaţia hipnoterapeutului şi aceea de a renunţa la o strategie psihologică utilă, cel puţin pe termen scurt (Fromm, 1980).

IX. Contratransferul

Orné (1965) sublinia faptul că natura directivă a hipnoterapeutului poate să accentueze apariţia fenomenelor de contratransfer specifice oricărei psihoterapii.

Acţionând ca un hipnotizator, hipnoterapeutului îi vine mult mai greu să păstreze distanţa terapeutică necesară şi, de multe ori, utilizarea hipnozei serveşte mai mult intereselor terapeutului decât pacientului.

X. Insuficienta pregătire a terapeutului

Hipnotizatorii care nu au suficiente experienţe şi pregătire în domeniul evaluării psihologice, psihoterapiei, psihopatologiei şi psihiatriei sunt mult mai vulnerabili la „efectele negative“ ale hipnozei, pe care nu le pot anticipa şi controla suficient.

Modalităţile de limitare a efectelor negative ale hipnozei (Frauman; Lynn; Brentar, 1993)

1. Crearea unei alianţe terapeutice solide

O alianţă terapeutică puternică reprezintă una dintre cele mai importante metode de contracarare a efectelor negative ale hipnozei. Pentru terapeut, aceasta înseamnă grijă pentru pacientul său, respect faţă de acesta, autoevaluare onestă, conştientizarea limitelor şi a efectelor competenţei sale şi evaluarea continuă a rezultatelor contratransferului (Mays şi Franks, 1985).

Comunicarea deschisă, respectul reciproc şi soluţionarea eficientă a problemelor sunt condiţiile necesare ale unei alianţe terapeutice sănătoase.

2. Evaluarea şi investigarea atentă şi minuţioasă a clientului

Pentru a preîntâmpina apariţia unor probleme în cursul hipnozei este absolut necesar să cunoaştem experienţele subiectului referitoare la hipnoză, precum şi atitudinea lui faţă de aceasta.

Terapeutul va adresa întrebări directe în legătură cu credinţele şi cunoştinţele subiectului cu privire la hipnoză şi la alte fenomene asemănătoare (relaxare, imaginaţie dirijată). În cazul în care clientul recunoaşte că a trăit o experienţă hipnotică anterioară, i se solicită detalii suplimentare (cât de profundă a fost transa, ce a simţit, ce sugestii a primit, cum a reacţionat la sugestii, ce a fost agreabil sau dezagreabil în cadrul experienţei respective etc.).

Terapeutul va utiliza experienţele pozitive ale clientului, pe care le va încorpora în intervenţia terapeutică actuală.

De asemenea, acesta va trebui să observe modul în care subiectul descrie anumite experienţe negative şi să le reeticheteze (de pildă, terapeutul spune că acesta este un semn că hipnoza s-a produs).

În unele cazuri este necesară administrarea unor sugestii de contracarare a unor reacţii sau trăiri cu conţinut negativ.

Se recomandă ca subiecţii să fie solicitaţi să fabuleze în legătură cu ceea ce cred ei că ar putea fi hipnoza, pentru că în felul acesta terapeutul poate obţine

informaţii referitoare la anxietăţile şi atitudinile greşite legate de hipnoză şi le poate contracara.

Se recomandă, de asemenea, mai ales în cazul persoanelor care nu au mai făcut niciodată hipnoză, să se utilizeze sugestii care să întărească autocontrolul subiectului în timpul hipnozei.

Interviul preliminar trebuie să conţină şi date referitoare la tratamentele psihoterapeutice urmate, precum şi la copilăria subiectului şi relaţiile semnificative din perioada respectivă. Mai ales aceste date ne sunt necesare pentru a anticipa posibilele reacţii transferenţiale, precum şi abilitatea clientului de a accepta şi menţine o alianţă terapeutică.

Informaţiile referitoare la nivelul intelectual şi cultural pot fi importante pentru modul de formulare a sugestiilor hipnotice.

O atenţie specială trebuie acordată experienţelor disociative sau celor cu droguri ori anestezice, terapeutul fiind avizat în cazul apariţiei unor posibile aspecte negative.

3. Consimţământul subiectului

Hipnoterapia poate fi aplicată doar cu consimţământul explicit al clientului. Terapeutul îi va explica acestuia în ce constă tehnica şi, pentru că majoritatea subiecţilor consideră experienţa agreabilă şi relaxantă, îi va relata acest lucru, creându-i expectaţii pozitive cu privire la hipnoză. Cu acest prilej se vor clarifica şi concepţiile eronate cu privire la hipnoză.

4. Asigurarea autocontrolului clientului

Anxietatea clientului cu privire la hipnoză poate fi redusă prin demitizarea procedurilor şi prin ajutarea acestuia să păstreze controlul asupra a ceea ce se petrece.

Tehnicile hipnotice pot fi descrise prin analogie cu alte fenomene asemănătoare (starea de relaxare sau de concentrare maximă etc.) şi pot fi prezentate ca tehnici de autohipnoză sau relaxare profundă.

În cazul subiecţilor care se tem foarte mult de pierderea controlului, terapeutul trebuie să insiste asupra faptului că subiectul va rămâne conştient, va putea vorbi cu terapeutul şi va putea deschide ochii atunci când doreşte.

Chiar în cadrul inducţiei hipnotice este bine să se administreze sugestii de calm, relaxare fizică şi psihică, confort şi securitate interioară, stare de bine psihic şi spontaneitate controlată.

5. Realizarea unei colaborări cu subiectul (hipnoza colaborativă)

Un climat terapeutic caracterizat prin permisivitate, colaborare şi respect faţă de obiectivele clientului contribuie în mare măsură la eliminarea efectelor negative ale hipnozei (Fromm, 1980; Overholser, 1988).

Pacientul care se simte constrâns sau cel căruia i se comandă să reacţioneze într-un anumit fel va fi mult mai înclinat să se opună în mod direct sau indirect, în timp ce o persoană care este invitată să participe la o acţiune va colabora cu mai mult entuziasm (Fromm, 1980).

Este indicat să începem cu nişte sugestii mai permisive, mai puţin autoritare şi abia după ce hipnoza progresează clientul poate fi abordat mai directiv.

Fromm (1980) sublinia faptul că hipnoza colaborativă înseamnă să dăm ceva subiectului şi nu să-i luăm ceva. De pildă, în loc să i se sugereze unei paciente obeze că dulciurile şi mâncărurile grase îi fac rău, este mai indicat să i se dea de înţeles că glandele ei salivare vor lucra mai încet şi că va trebui să mestece mai mult fiecare îmbucătură pentru a-i savura gustul.

O astfel de abordare pune accentul pe întărirea autocontrolului şi autonomiei subiectului.

6. Gradarea sugestiilor

Lynn, Rhue, Kvaal şi Mare (1991) propun administrarea unei serii gradate de sugestii, începând cu cele mai uşor de realizat şi continuând cu sugestii din ce în ce mai dificile sub aspectul focalizării personale şi interpersonale, structurării, rezonanţei emoţionale, potenţialului conflictogen, imaginativ, precum şi în ceea ce priveşte tipul de sarcini comportamentale solicitate.

În felul acesta, terapeutul va controla expunerea subiectului la stimuli anxiogeni într-un mod gradat, prin repetări succesive.

7. Regresia de vârstă

Terapeutul trebuie să utilizeze cu multă atenţie tehnica regresiei de vârstă, pentru că în cursul acesteia pot fi aduse în planul conştiinţei amintiri psihotraumatizante. Este necesar ca acestea să fie utilizate şi procesate într-o manieră care să fie convergentă cu obiectivele psihoterapiei. Astfel, se pot utiliza semnale non-verbale pentru a scoate subiectul din hipnoză (de pildă, o atingere pe umăr).

De asemenea, subiectului trebuie să i se comunice faptul că va înceta să se mai simtă ca un copil şi va putea comenta trăirile sale de pe poziţia adultului atunci când terapeutul îi va face un semn, pentru că o parte a ego-ului său îşi va păstra conştiinţa de adult chiar şi în cazul celei mai profunde regresii de vârstă.

Clienţii pot să fie protejaţi în timpul regresiei de vârstă şi prin utilizarea unor experienţe de tip disociativ, cum ar fi tehnica filmului (ceea ce îşi aminteşte subiectul îi apare ca un film proiectat pe un ecran) sau cea a visului hipnotic.

Deşi unii clinicieni sunt de părere că subiectul trebuie trezit atunci când apar experienţe dezagreabile (Gill şi Brenman, 1959), alţi terapeuţi consideră că este mult mai util să i se vorbească subiectului cu calm în timp ce acesta se află în hipnoză.

Această ultimă strategie este mai eficientă pentru că trezirea subiectului înseamnă că terapeutul nu este capabil să controleze ceea ce se întâmplă în timpul hipnozei, fapt ce va submina încrederea subiectului în procedeul respectiv şi va mări rezistenţa acestuia faţă de hipnoză.

Oricum, este absolut necesar ca terapeutul să stabilească împreună cu subiectul un semnal non-verbal pentru a-l reorienta în timpul regresiei de vârstă dacă, dintr-un motiv sau altul, reacţiile declanşate par să fie greu de controlat.

Se poate sugera, de asemenea, subiecţilor că ei îşi vor reaminti ceea ce vor să-şi amintească şi că vor uita ceea ce doresc să uite din cadrul experienţelor trăite pe parcursul regresiei de vârstă.

8. Controlul efectelor negative incipiente

Hipnoterapeutul trebuie să monitorizeze permanent reacţiile subiectului în timpul hipnozei. Orice semn de rezistenţă sau disconfort (agitaţie, încruntarea sprâncenelor, dureri fizice, lipsa interesului etc.) trebuie abordat cu toată atenţia (Orné, 1965).

Atunci când un subiect nu se simte bine în timpul hipnozei, primul lucru care trebuie făcut este să solicităm mai multe informaţii, pentru a afla care este cauza disconfortului său.

În cazul unui client care pare să ezite, terapeutul va recurge la încurajări de genul:

„Chiar dacă îţi va fi mai greu la început, vei putea să-mi vorbeşti fără dificultate şi să-mi spui ceea ce simţi şi gândeşti".

Dacă subiectul nu se poate exprima verbal, terapeutul îi va oferi alternative şi va aştepta reacţia acestuia.

În acelaşi timp, terapeutul trebuie să renunţe la sugestiile care par să provoace disconfort şi să se reorienteze spre o altă strategie terapeutică.

Orné (1965) susţine că este bine ca subiectul să fie încurajat să-şi exprime sentimentele în cursul hipnozei, fapt ce contribuie la descărcarea emoţională.

Efectele negative care pot să apară în timpul hipnozei trebuie discutate cu subiectul înainte ca acesta să plece din cabinetul de psihoterapie.

De asemenea, acestuia trebuie să i se spună că, dacă apar unele elemente de disconfort după şedinţa de psihoterapie, este necesar să se adreseze imediat hipnoterapeutului.

Hartland (1971) este de părere că, la începutul oricărei psihoterapii, terapeutul trebuie să obţină informaţii de la pacient conform unei scheme de anamneză. Această schemă cuprinde următoarele categorii de informaţii:

a) Istoricul bolii – se urmăresc informaţiile legate de debutul, durata bolii, detalii referitoare la tratamentul urmat.
b) Istoria familială – descrierea părinţilor, a fraţilor, a modelului de relaţii familiale actuale şi trecute, a atitudinilor din familie.
c) Copilăria – sunt interesante informaţiile referitoare la bolile copilăriei, o atenţie specială fiind acordată episoadelor de enurezis sau somnambulism. Se cer informaţii despre situaţia şcolară vizând integrarea în diverse şcoli urmate, reacţiile faţă de ceilalţi copii, faţă de succes şi eşec etc.
d) Istoria ocupaţională – cuprinde informaţiile referitoare la realizările şcolare, locurile de muncă, motivele schimbării locului de muncă, reacţiile faţă de mediu, colegi etc.
e) Probleme psihosexuale – este vorba de informaţii date în legătură cu cunoştinţele dobândite în copilărie despre problemele sexuale, inclusiv cu deprinderile rele (de exemplu, masturbaţia), dacă aceste deprinderi persistă la vârsta adultă, dacă au survenit probleme emoţionale actuale şi trecute, care au fost relaţiile cu partenerul, dacă au existat dificultăţi maritale, plus informaţiile legate de statutul financiar.
f) Antecedente patologice – se cer informaţii referitoare la boli, operaţii, accidente, tratamente urmate, menstră, sarcini şi avorturi.
g) Antecedentele heredocolaterale – este vorba de eventuale psihoze, nevroze, epilepsii la rude apropiate.
h) Starea psihică actuală – informaţii referitoare la simptomul dominant la care se adaugă date despre prezenţa sau absenţa depresiei, anxietăţii, fobiilor, insomniei, tulburărilor mnezice şi prosexice, a ideilor suicidare, a temerii de boli psihice.
i) Informaţii referitoare la cunoştinţele pacientului despre hipnoză şi la expectaţiile lui legate de aceasta.

După realizarea schemei de anamneză, lucrul cu pacientul este mult mai uşor, simptomul fiind înlăturat mai rapid dacă i se dau subiectului şi sugestii de întărire a eului, de reducere a anxietăţii şi de creştere a încrederii în sine.

În general, oamenii au două reacţii psihice la boală. O primă categorie este reprezentată de reacţiile directe: anxietate, teamă, tensiune, agitaţie, dispoziţie depresivă. În cea de-a doua categorie intră reacţiile indirecte – consecinţe ale unor tulburări din sfera personalităţii: lipsă de încredere în sine, dependenţă, dezadaptare, instabilitate psihică. Având în vedere aceste fapte se

impune ca un principiu important al terapiei combinarea sugestiilor de întărire a eului cu sugestiile terapeutice propriu-zise centrate pe simptom. Deşi profunzimea transei nu contează, totuşi se observă că, cu cât este mai adâncă, cu atât creşte efcienţa tratamentului.

Prezentăm spre exemplificare modelul de sugestii utilizate pentru întărirea eului elaborat de Hartland în 1971:

„Eşti atât de destins, de relaxat, atât de profund relaxat, încât mintea ta devine tot mai receptivă la ceea ce îţi voi spune. Tot ceea ce îţi voi spune va pătrunde adânc în subconştientul tău, se va întipări acolo şi va lăsa o urmă adâncă pe care nimeni nu o va putea şterge. Ceea ce se va întipări în subconştientul tău va avea o mare influenţă asupra modului în care gândeşti, simţi şi acţionezi. Aceste idei pe care ţi le sugerez şi care se vor întipări în subconştientul tău vor continua să influenţeze gândurile, sentimentele şi modul tău de a acţiona şi atunci când nu eşti cu mine, când eşti acasă, la serviciu sau în altă parte. Aceste gânduri vor acţiona tot atât de puternic ca şi aici. Eşti profund relaxat şi tot ceea ce îţi spun se va întâmpla spre binele tău, în avantajul tău. În cursul acestei relaxări te vei simţi tot mai puternic, tot mai eficient, tot mai stăpân pe tine. Te vei simţi tot mai vioi, tot mai alert, mai energic, mai puţin obosit, tot mai puţin descurajat, tot mai puţin depresiv. Cu fiecare zi ce trece vei deveni tot mai interesat de ceea ce se întâmplă în jur, astfel încât mintea ta va fi distrasă de la propria persoană şi de la problemele care te frământă. Te vei gândi tot mai puţin la tine însuţi, la dificultăţile tale, vei fi tot mai puţin preocupat de propriile trăiri, vei deveni tot mai puţin îngrijorat, tot mai puţin agitat, tot mai puţin anxios, tot mai puţin deprimat, vei fi capabil să gândeşti clar, să te concentrezi tot mai bine. Îţi vei concentra tot mai mult atenţia asupra a ceea ce faci, iar memoria ta se va îmbunătăţi. Vei deveni capabil să vezi lucrurile din perspectiva lor reală fără a le permite să ia proporţii. De la o zi la alta vei deveni tot mai relaxat, te vei enerva tot mai puţin. Cu fiecare zi ce trece vei deveni şi vei rămâne tot mai relaxat, tot mai puţin încordat, atât fizic, cât şi psihic. Devii şi rămâi tot mai relaxat, tot mai puţin încordat, atât fizic, cât şi psihic. Tot mai încrezător în tine, în posibilităţile tale de a duce la bun sfârşit ceea ce ai de făcut. Vei avea tot mai multă încredere în forţele proprii, fără anxietate, fără încordare, fără teama de a greşi. Zi după zi te vei simţi tot mai independent, tot mai stăpân pe tine, vei putea să stai pe propriile picioare, vei fi independent, încrezător în forţele proprii, vei putea face faţă cu bine oricărei dificultăţi. Zi după zi te vei simţi tot mai bine, tot mai încrezător în forţele proprii, cu un sentiment de bunăstare şi siguranţă personală. Cu fiecare şedinţă de relaxare te vei simţi tot mai fericit, tot mai încrezător, tot mai mulţumit, tot mai optimist. Vei fi tot mai capabil să te bazezi pe tine însuţi, să-ţi susţii părerile, judecăţile, să stai pe propriile tale picioare. Vei simţi tot mai puţin nevoia să te bazezi pe alţi oameni, să depinzi de altcineva".

După încheierea acestui instructaj, conţinând sugestii de întărire a eului, se poate trece la administrarea sugestiilor pentru înlăturarea simptomului.

Sugestiile specifice adresate simptomului sunt elaborate după parcurgerea următoarelor faze: 1) terapeutul trebuie să mărească motivaţia subiectului pentru tratament înainte de începerea acestuia. El trebuie să discute cu subiectul simptomul în detaliu şi să accentueze ideea că simptomul este neconvenabil, perturbator, iar existenţa subiectului ar fi mult mai plăcută fără el; 2) în cea de-a doua fază i se explică subiectului cum îl poate ajuta hipnoza să scape de acel simptom, terapeutul trebuind să fie cât mai convingător în afirmaţiile sale.

Variabila terapeut în hipnoterapie

Straus (1993) şi Lazar şi Dempster (1984) subliniază faptul că, deşi s-a scris foarte mult cu privire la strategiile şi tehnicile de inducţie hipnotică, s-au abordat mult mai puţin problemele legate de calităţile unui hipnoterapeut de succes.

Deşi un bun hipnoterapeut trebuie să aibă toate calităţile unui bun psihoterapeut, acesta ar trebui să mai deţină şi alte abilităţi.

Wolberg (1977) arată că un psihoterapeut de succes trebuie să fie sensibil, flexibil, obiectiv, empatic şi să aibă relativ puţine probleme emoţionale de natură patologică sau probleme caracteriale.

A fost subliniată, de asemenea, importanţa în eficienţa psihoterapiei a unor trăsături cum ar fi: integritatea morală, respectul pentru ceilalţi, capacitatea de a transmite căldură afectivă, precum şi abilităţi de comunicare interpersonală.

Linehan (1980), Strupp (1960), Wolberg (1977) şi Watkins (1978) sunt de părere că un bun terapeut trebuie să fie empatic cu clientul său, fără însă a-şi dezvălui propria identitate.

Ideea conform căreia un terapeut eficient trebuie să aibă anumite calităţi derivă din modelul terapiei centrate pe client a lui Roger, iar dezvoltarea respectivelor calităţi reprezintă obiectivul multor programe de formare a terapeuţilor.

Cu toate acestea, interrelaţia dintre eficacitatea tratamentului, antrenamentul terapeutului şi calităţile acestuia nu a fost validată în plan experimental (Alberts şi Eldstein, 1990).

Straus (1993) este de părere că hipnoterapeutul trebuie să aibă ceva în plus faţă de un psihoterapeut specializat în alt domeniu al psihoterapiei, eşecul în hipnoterapie fiind mult mai pregnant decât în alte situaţii.

Finegold şi Eldstein (1986) evidenţiază cinci motive pentru care terapeuţii începători nu utilizează hipnoza:

– teama de eşec;
– teama de a avea putere asupra celorlalţi;
– convingerea că alţii deţin metode mai eficiente;
– teama de necunoscut;
– teama de dezaprobarea colegilor.

În acelaşi timp, hipnoza, deşi recunoscută ca o tehnică psihoterapeutică, este privită de unii profesionişti ai domeniului cu scepticism, din cauza aurei de mister şi magie de care aceasta a fost mult timp înconjurată.

De asemenea, psihoterapeuţii care se simt nesiguri pe ei, atât în ceea ce priveşte experienţa lor în domeniul hipnozei, cât şi sub aspectul competenţei lor, în general, se tem uneori să utilizeze o metodă care poate provoca răspunsuri neaşteptate din partea subiectului.

Hipnoza este o metodă care poate da rezultate extraordinare, dar conduce uneori şi la eşecuri, motiv pentru care un bun hipnoterapeut trebuie să aibă foarte multă încredere în sine şi în capacitatea sa de a tolera un eventual eşec (Straus, 1993). În plus, acesta nu trebuie să-şi facă prea multe probleme cu privire la faptul dacă subiectul este hipnotizabil sau nu, ci să se concentreze în principal asupra implicaţiilor terapeutice a ceea ce se întâmplă în timpul şedinţei de hipnoză.

Curiozitatea şi deschiderea faţă de nou şi neaşteptat, precum şi echilibrul, degajarea şi încrederea în sine vor fi benefice pentru succesul hipnoterapiei.

Spre deosebire de alte metode de psihoterapie, în hipnoză este de dorit un terapeut mai dinamic, căci reacţiile de transfer şi contratransfer sunt mult mai ample şi mai rapide, iar procesarea terapeutică are loc, de asemenea, mai repede (Lazar şi Dempster, 1984).

Pentru a face faţă acestor situaţii, hipnoterapeutul trebuie să răspundă comportamentului clientului cu sensibilitate, flexibilitate şi rapiditate, dând dovadă de o mare capacitate de adaptare în relaţia psihoterapeutică.

De asemenea, el trebuie să-şi construiască sugestiile în mod adecvat, să le formuleze pe un ton persuasiv, observând permanent reacţiile subiectului.

Printre calităţile care sunt necesare pentru atingerea obiectivelor amintite se numără şi o imaginaţie bogată, o bună capacitate de concentrare a atenţiei, de analiză şi sinteză a unui număr foarte mare de informaţii, pentru ca hipnoterapeutul să fie capabil să reacţioneze adecvat la toţi stimulii proveniţi de la pacient.

Pentru a ilustra cele afirmate, prezentăm un exemplu de abordare a unui subiect aflat în hipnoză (Straus, 1993, p. 58).

Terapeutul a indus hipnoza şi a utilizat tehnica regresiei de vârstă la un bărbat foarte inteligent şi cu nivel cultural ridicat. Întrebat ce vârstă are, pacientul a răspuns: „Mă simt de 4 ani, dar ştiu că am 32 de ani".

Replica hipnoterapeutului a fost următoarea: „Este în regulă să ştii că ai 32 de ani, dar este bine să te simţi ca la 4 ani".

În acel moment, vocea pacientului s-a modificat, căpătând tonul unei voci mai apropiate de cea a unui copil, şi regresia de vârstă a fost continuată.

Întrebarea „câţi ani ai?" a evocat la pacient percepţii centrate în mai mare măsură pe realitate, precum şi un conflict între nivelul intelectual şi cel emoţional, fapt ce punea în evidenţă o anumită ambivalenţă în ceea ce priveşte succesul regresiei de vârstă.

Reacţia terapeutului vine să întărească atât gândurile, cât şi sentimentele pacientului, direcţionându-i în acelaşi timp atenţia asupra stării afective.

Acelaşi autor subliniază faptul că pentru practicarea hipnozei este nevoie de o structură de personalitate matură, capabilă să tolereze schimbări bruşte şi chiar comportamente regresive. Hipnoterapeutul trebuie să fie capabil să-şi păstreze obiectivitatea, stabilitatea şi echilibrul interior chiar atunci când pacientul manifestă fluctuaţii ale ataşamentului faţă de el sau când declanşează comportamente neadecvate şi chiar ostile, şi aceasta fără să manifeste iritare şi fără să renunţe la comportamentul empatic.

Flexibilitatea hipnoterapeutului îi permite să schimbe maniera de abordare a pacientului şi chiar să jongleze cu starea de veghe sau cu starea de transă a acestuia, modificându-şi strategia de lucru în acord cu reacţiile clientului. Astfel, dacă hipnoterapeutul observă că pacientul său, care explora în timpul unei şedinţe de hipnoanaliză un material cu conţinut conflictual, iese spontan din transă (începe să respire mai rapid, are tendinţa de a deschide ochii şi de a schimba subiectul discuţiei), acesta va trebui să se preocupe de motivul ieşirii din transă şi să caute să o reinducă şi nu să continue să exploreze informaţiile furnizate de pacient atunci când se afla în transă.

De asemenea, hipnoterapeutul trebuie să fie capabil să structureze şedinţa de psihoterapie, chiar utilizând imageria dirijată şi metaforele, permiţându-i în acelaşi timp pacientului să-şi pună în valoare disponibilităţile creativ-imaginative.

Lazar şi Dempster (1984) au realizat un studiu pe 21 de subiecţi practicanţi care învăţau hipnoza. Aceştia au relatat faptul că au avut experienţe pozitive cu hipnoterapeuţi sensibili, calzi, prietenoşi, competenţi, încrezători în forţele lor, relaxaţi, flexibili şi creativi şi experienţe negative cu terapeuţi insensibili, nesiguri, anxioşi şi rigizi.

Hipnoterapie şi expectaţie

Importanţa expectaţiilor pentru succesul tratamentului psihoterapeutic, dar şi a celui farmacologic nu mai reprezintă astăzi o noutate pentru nimeni.

Un exemplu concludent în acest sens îl reprezintă succesul pe care îl au unii terapeuţi, dar şi unii vrăjitori sau bioenergoterapeuţi. Este cunoscut, de asemenea, efectul „placebo" care se referă la faptul că unele produse nule sub aspect farmaceutic au efect asupra unor pacienţi. Studiile realizate de farmacologi pentru testarea unor noi medicamente, studii realizate de regulă pe un lot de control, care primea noul produs şi pe un lot martor care primea un produs neutru, dar cu caracteristici exterioare asemănătoare, au evidenţiat faptul că un număr de pacienţi înregistrau ameliorări şi chiar vindecări în urma administrării produsului farmaceutic inactiv.

Torrey (1972) sublinia faptul că încrederea şi motivarea pacientului pentru vindecare depind de o serie de factori cum ar fi:

a) măsura în care abilitatea terapeutului de a pune diagnosticul şi de a sublinia cauzele bolii coincid cu vederile pacientului;
b) gradul în care tehnica utilizată este considerată utilă de către pacient;
c) măsura în care calităţile terapeutului se potrivesc cu expectaţiile clientului referitoare la modul cum trebuie să fie un psihoterapeut.

Psihoterapeutul trebuie să conştientizeze aceste aspecte şi să-şi adapteze demersul pentru a maximiza efectele intervenţiilor sale.

Punerea diagnosticului are un rol terapeutic prin ea însăşi, deoarece eliberează clientul de o serie de probleme şi nedumeriri, dându-i în acelaşi timp senzaţia că există cineva care îl înţelege şi că se poate întreprinde ceva pentru a-i uşura suferinţa.

În cazul în care „eticheta" pusă de terapeut nu coincide cu cea a clientului, contactul psihoterapeutic ulterior va fi mai puţin eficient. Astfel, dacă un pacient va considera că problemele sale sunt rezultatul unor refulări din copilărie, un terapeut care îi va împărtăşi opiniile va fi considerat mai competent şi va inspira mai multă încredere.

Procedeele psihoterapeutice decurg în mod logic din concepţia teoretică legată de cauza bolii. Astfel, terapeuţii comportamentalişti utilizează tehnici de învăţare şi dezvăţare, în timp ce psihanaliştii se ocupă de dezvăluirea unor conflicte inconştiente.

Clienţii, la rândul lor, au diverse expectaţii referitoare la psihoterapie în raport de viziunea lor despre cauza problemei cu care se confruntă.

În acelaşi timp, pacienţii au concepţii diferite în legătură cu modul în care trebuie să arate sau să fie un psiholog sau un psihiatru.

Aceste concepţii variază de la „toţi sunt nişte nebuni" până la „toţi sunt nişte oameni înţelepţi şi folositori".

Clienţii contactează terapeuţii pornind de la premisa că sunt persoane foarte competente şi reprezintă autorităţi în domeniu, iar aceste expectaţii contribuie la reuşita demersului terapeutic.

Diplomele, certificatele, apartenenţa la organizaţii profesionale de prestigiu, aspectul şi amplasarea cabinetului, înfăţişarea şi vestimentaţia terapeutului reprezintă elemente ce modifică expectaţia pacientului în raport cu psihoterapia.

Un alt factor important de care depinde succesul terapiei îl reprezintă şi încrederea terapeutului cu privire la posibilitatea sa de a-şi ajuta clientul, încredere (sau dimpotrivă, neîncredere) pe care acesta o transmite în mod subtil clientului prin intermediul unor mesaje non-verbale.

Tehnici menite să sporească expectaţiile pacienţilor (Cob, 1993)

Torrey (1972) descrie trei tehnici menite să sporească expectaţiile pacienţilor faţă de psihoterapie: sugestiile directe, utilizarea simbolurilor şi formulele magice.

Sugestiile directe pot fi utilizate intenţionat sau spontan de către terapeuţi în interacţiunea lor cu pacienţii. Astfel, un medic poate spune, în timp ce scrie o reţetă: „la acest medicament şi te vei simţi mai bine".

Un terapeut comportamentalist, care propune un program de schimbare, poate spune: „Acest program ţi se va părea uşor de îndeplinit şi va fi eficient pentru atingerea obiectivelor tale".

O sugestie negativă ar suna cam aşa: „Ei bine, putem încerca asta şi asta, în fond ce avem de pierdut?"

Pe măsură ce populaţia occidentală vine tot mai mult în contact cu culturile orientale, redescoperă rolul simbolurilor şi ritualurilor. Ritualurile conduc la instalarea unor stări dezirabile, cum ar fi relaxarea, extazul sau contactul cu divinitatea.

Inducţia hipnotică implică prezenţa unui ritual care sugerează faptul că se va întâmpla ceva foarte important.

Ritualurile sunt eficiente doar dacă se înscriu pe linia credinţelor subiecţilor, în caz contrar acestea având efecte opuse.

Formulele magice pot fi regăsite în reclamele care se fac diverselor produse farmaceutice: *O tabletă luată zilnic va rezolva, în mod sigur, problema X.*

Hipnoza a fost şi mai este încă asociată cu fenomenele paranormale (magice, mistice, neobişnuite) sau cu aspecte legate de spectaculos. Se vorbeşte astfel de vindecări miraculoase, de personalităţi multiple sau de influenţa puternică pe care o exercită hipnoterapeutul asupra clientului său.

Începând cu experienţele din secolul al XVIII-lea ale lui Mesmer şi terminând cu hipnoza de estradă din ziua de azi, marele public s-a confruntat cu conceptul de hipnoză care implică putere şi influenţă asupra celorlalţi.

În timpurile noastre, hipnoza este tot mai mult acceptată ca o metodă de tratament în medicină, stomatologie şi psihoterapie, expectaţiile faţă de aceasta devenind mai puţin exagerate, deşi o aură de mister se mai menţine încă.

Din nefericire, imaginea hipnozei ca un fenomen misterios i-a făcut pe mulţi clinicieni să evite utilizarea acesteia şi pe mulţi pacienţi, care ar fi putut beneficia de pe urma unui astfel de tratament, să-l refuze.

Pe de altă parte, aceeaşi aură de mister a hipnozei a netezit calea unor şarlatani care au speculat credulitatea doritorilor de vindecări miraculoase.

Deşi la ora actuală numeroase mecanisme ale sugestiei şi hipnozei sunt măcar parţial explicate, atitudinea faţă de acestea nu s-a modificat prea mult.

Majoritatea oamenilor au o oarecare idee despre hipnoză şi despre comportamentele care apar în timpul inducţiei acesteia, terapeutul fiind cel care trebuie să descopere care sunt expectaţiile clienţilor săi în legătură cu hipnoza. Cu cât expectaţiile pacienţilor sunt mai apropiate de ceea ce întreprinde terapeutul, cu atât mai receptivi se vor dovedi aceştia la hipnoză.

Cu toate acestea, dacă un subiect nu este dispus să coopereze, el nu va fi hipnotizat şi, de aceea, orice potenţial subiect pentru hipnoză trebuie să fie motivat să colaboreze.

Motivaţia, concordanţa dintre expectaţiile subiectului şi cele ale hipnotizatorului, capacitatea de a direcţiona atenţia spre interior şi capacitatea persoanei de a se lăsa absorbită de experienţe imaginative reprezintă premisele intrării în hipnoză.

Există însă şi cazuri când subiecţii nu dispun de disponibilităţi psihologice pentru hipnoză, aceştia putând să manifeste doar un comportament complezent.

În acelaşi timp, condiţiile de ambianţă şi particularităţile hipnoterapeutului pot produce modificări ale receptivităţii subiectului la hipnoză.

Vestimentaţia, vârsta, prestigiul profesional, aranjamentul cabinetului vor întări expectaţia subiectului că are de-a face cu o persoană competentă şi de încredere.

IV. Hipnoza permisivă

Acest tip de hipnoză a fost conceput de Milton Erickson despre care se spune că a exercitat o influenţă tot atât de mare asupra psihoterapiei, ca şi Sigmund Freud la vremea sa.

Milton Erickson spunea că pentru a fi un bun terapeut trebuie să observi, să observi, să observi şi atunci când crezi că ai observat totul, să observi din nou.

Această afirmaţie se aseamănă într-o oarecare măsură cu o povestire zen:

– „Maestre, ce trebuie să faci pentru a deprinde arta de a lupta cu sabia?

– Îţi trebuie atenţie.

– Numai atenţie?

– Nu, îţi trebuie atenţie şi atenţie.

– Numai asta?

– Nu, îţi trebuie atenţie, atenţie şi iar atenţie. Ai nevoie de o atenţie constantă.“ (după Yodorowski, 1997)

Abordarea ericksoniană a hipnozei are un caracter descriptiv, autorul considerând simptomele ca o modalitate de parazitare a modului conştient de funcţionare a psihicului.

Apariţia unor tulburări psihopatologice este determinată de prezenţa unor limitări achiziţionate în cursul dezvoltării psihice, educaţionale şi sociale şi care acţionează ca un fel de sugestii hipnotice şi posthipnotice, asupra cărora voinţa nu poate exercita o influenţă eficientă (Bellet, 2002).

Numai hipnoza îl va putea ajuta pe subiect să regăsească o reacţie nouă şi adaptativă la situaţiile cu care se confruntă. Nu este vorba de a răspunde la sugestii administrate din exterior, ci de a redescoperi propriile abilităţi adaptative pierdute.

Hipnoza, datorită posibilităţii de a izola subiectul de stimulii exteriori, permite inconştientului acestuia să realizeze schimbări cu caracter adaptativ.

Bellet (2002) afirmă că psihoterapia ericksoniană are un pronunţat caracter pragmatic, terapeutul utilizând elemente din contextul vieţii cotidiene pentru a stabili comunicarea terapeutică.

Actualizarea disponibilităţilor latente ale persoanei este rezultatul utilizării unor tehnici indirecte care nu activează rezistenţele şi care îl determină pe pacient să coopereze în mod implicit, conştient sau inconştient.

Milton Erickson utiliza hipnoza clasică doar în proporţie de cinci la sută din cazuistica sa (Beahrs, 1971), în restul cazurilor el aplicând aşa-numita hipnoză cotidiană, pe care o combina cu alte tehnici psihoterapeutice, inclusiv cu cea a umorului.

Autorul este de părere că fiinţa umană posedă o serie de disponibilităţi latente neutilizate, aflate în inconştient şi care pot fi activate pentru obţinerea sănătăţii şi pentru funcţionarea eficientă a persoanei.

Milton Erickson consideră că inconştientul cuprinde tot ceea ce nu este conştient, reprezintă un izvor nesecat de resurse, iar modul său de funcţionare este unul analogic. Aşa cum am mai subliniat, aspectele patologiei sunt consecinţa unor limitări dobândite prin intermediul învăţării, procesele inconştiente putând fi utilizate cu succes pentru echilibrarea individului.

Schimbarea terapeutică reprezintă un proces activ care se derulează în trepte, o schimbare mică antrenând o altă schimbare, după modelul bulgărelui de zăpadă care se rostogoleşte pe o pantă.

Hipnoza îl ajută pe subiect să-şi folosească propriile resurse şi să găsească singur soluţii prin intermediul dialogului cu sine însuşi, procesarea terapeutică realizându-se la nivelul instanţelor inconştiente.

Elementul esenţial al abordării ericksoniene constă în abordarea indirectă şi permisivă şi se realizează prin intermediul comunicării analogice şi metaforice.

Analogia presupune existenţa unui raport de similitudine între două elemente, care pot fi cuvinte, persoane sau situaţii, prin intermediul căruia se stabileşte o legătură între termenii raportului. Astfel, se poate spune că un om este şiret ca o vulpe sau mândru ca un păun.

Metafora reprezintă o figură de stil prin intermediul cărora se conferă o semnificaţie specifică unui cuvânt sau situaţii, altui cuvânt sau situaţii care se apropie de prima, prin intermediul analogiei, comparaţiei sau atribuirii. Astfel, un îndrăgostit se poate referi la flacără atunci când îşi descrie iubirea.

Trecerea de la un sens la celălalt se realizează prin intermediul unei procesări cu caracter personal, bazată pe o impresie sau pe o interpretare care este găsită sau chiar trăită de către cel în cauză.

Analogiile se regăsesc în anecdote, fabule, parabole sau povestiri, care conţin mesaje utile ce pot fi transmise de către terapeut în timpul hipnozei.

Comunicarea metaforică nu este nouă, învăţămintele fiind transmise prin intermediul acestei metode încă din cele mai vechi timpuri. Noutatea în cadrul utilizării metaforei în hipnoză o constituie aplicarea acesteia în scop terapeutic.

Hipnoza sporeşte receptivitatea subiectului, la o astfel de comunicare terapeutul folosind o metaforă din repertoriul său sau elaborând una cu caracter personalizat.

Comunicarea indirectă îi oferă pacientului posibilitatea să critice ceea ce i se propune, să „metabolizeze" sugestiile, în timp ce sugestiile directe îl împing brutal către acceptare sau refuz (Bellet, 2002).

Datorită caracterului său flexibil, abordarea ericksoniană face din terapeut un pedagog care îl învaţă pe subiect să utilizeze armele inconştiente de care dispune pentru a se putea schimba.

Hipnoza ericksoniană reprezintă un mod de comunicare specială prin intermediul căreia pacientul îşi va răspunde mai mult lui însuşi decât terapeutului, acesta din urmă având mai degrabă un rol de facilitare a reacţiei.

Trebuie menţionat şi faptul că abordarea ericksoniană este suplă, personalizată şi orientată spre viitor şi se bazează pe următoarele principii (Bellet, 2002):

- utilizarea limbajului pacientului;
- identificarea, acceptarea şi folosirea resurselor şi valorilor acestuia;
- utilizarea şi mobililizarea activă şi progresivă a resurselor, pornind de la valorile şi motivaţiile pacientului pentru rezolvarea problemelor sale;
- considerarea rezistenţelor ca reprezentând resurse cu caracter potenţial;
- utilizarea comportamentului pacientului;
- intervenţia la momentul ales de către terapeut;
- observarea procesului de mobilizare a resurselor pacientului pe fondul unei atitudini de aşteptare reciprocă.

Pacientul este încurajat să-şi descrie, la rândul său, problemele în termeni analogici. O astfel de abordare va avea un caracter flexibil, permiţându-i terapeutului să accepte toate aproximările şi fanteziile aparent absurde ale pacientului ca informaţii preţioase pe baza cărora se poate construi schimbarea.

Această definire metaforică a simptomelor şi problemelor îl scoate pe pacient din zona limbajului medical cu care acesta nu este familiarizat, sugerând în acelaşi timp faptul că schimbarea e posibilă şi oferind repere şi jaloane concrete pentru schimbare. De asemenea, abordarea analogică şi metaforică furnizează şi un cadru propice pentru crearea unei alianţe terapeutice pozitive.

De remarcat şi caracterul individualizat al terapiei ericksoniene, autorul fiind de părere că trebuie elaborată câte o terapie specială pentru fiecare pacient, parametrii acesteia fiind definiţi conform principiului „ce trebuie făcut pentru ca lucrurile să meargă mai bine". Astfel, terapia devine un demers de rezolvare de

probleme în cadrul căruia se pun în aplicare diverse strategii care se verifică în practică și se adaptează în funcție de rezultatele obținute.

Psihoterapeutul deține un rol activ asumându-și responsabilitatea influențării pacientului.

Hipnoza reprezintă un dialog în cadrul căruia comunicarea non-verbală joacă un rol foarte important. Milton Erickson era de părere că ritualul hipnotic are un caracter înșelător și e lipsit de valoare intrinsecă, fiind mai curând un suport sau un vehicul al mesajului terapeutic. Astfel, sugestiile nu sunt decât pretexte pentru declanșarea experiențelor subiective ale pacientului, acesta putând să le accepte sau să le refuze, exercitându-și autonomia.

Formulările, adesea confuze, reprezintă puncte de plecare pentru reorganizarea psihică în urma căreia pacientul învață să-și evalueze dificutățile din altă perspectivă.

Milton Erickson nu pretindea că pacienții săi erau complet vindecați în urma terapiei, ei fiind mai curând sprijiniți să traverseze anumite etape dificile ale existenței lor.

Pacienții acumulau în cursul psihoterapei noi cunoștințe cu privire la ei înșiși, cunoștințe care le permiteau să devină independenți și să nu recurgă din nou la sprijinul terapeutului decât atunci când erau confruntați cu dificultăți de altă natură.

Derularea unei ședințe de hipnoză (după Bellet, 2002)

Interviul preliminar

Acesta poate să se desfășoare pe parcursul mai multor ședințe de psihoterapie, în funcție de tipul de dificultăți pe care le întâmpină clientul, precum și de capacitatea terapeutului de a le sesiza și evalua.

În cursul interviului preliminar, pacientul își va expune opiniile și eventualele prejudecăți legate de hipnoză, terapeutul acordând o atenție deosebită expectațiilor acestuia cu privire la metoda respectivă.

Corectarea ideilor eronate despre hipnoză îl va determina pe pacient să-și reconsidere expectațiile.

Terapeutul va realiza un interviu în detaliu, notând problema, simptomele, dar și cadrul în care aceasta se desfășoară (mediu social, familial).

După ce terapeutul s-a edificat, pacientul este invitat să se așeze comod într-un fotoliu.

Sugestiile administrate au drept scop facilitarea concentrării pacientului către interior; ele pot fi directe sau indirecte și îl conduc pe client să trăiască experiențe agreabile.

Pacientului i se dă posibilitatea să comunice cu terapeutul pe tot parcursul ședinței de hipnoză, prin intermediul unor mesaje exprimate verbal sau nonverbal. Informațiile obținute îl vor ajuta pe terapeut să conducă psihoterapia.

Profunzimea hipnozei este direct proporțională cu precizia sugestiilor, în sensul că cu cât acestea vor fi mai personalizate, cu atât clientul va intra într-o transă mai profundă, și terapia va fi mai eficientă.

Milton Erickson sublinia necesitatea de a cunoaște sistemul de valori al pacientului și de a-i vorbi pe „pe limba lui".

Trebuie subliniat faptul că pierderea contactului subiectului cu realitatea înconjurătoare nu este necesară pentru succesul terapiei.

Profunzimea transei poate varia de la individ la individ sau la același subiect de la o ședință la alta sau chiar în cursul aceleiași ședințe de psihoterapie, de la un moment la altul.

Sugestiile directe sau indirecte se utilizează în funcție de context. Astfel, sugestiile directe sunt mai ușor de aplicat și se administrează, de regulă, la începutul ședinței de hipnoză, putând îmbrăca forma următoare:

„Cred că ați remarcat deja faptul că respirația dumneavoastră a devenit tot mai calmă, tot mai lentă, tot mai regulată, contribuind astfel la instalarea unei stări de confort, relaxare, destindere... etc."

„Picioarele dumneavoastră sunt destinse, grele, grele, atât de grele încât vă este imposibil să vă mișcați..."

Terapeutul va observa ceea ce se petrece cu subiectul, se va referi la anumite fenomene, pe care le va obiectiva și va încuraja producerea acestora.

„Observați cum pleoapele dumneavoastră devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb..."

Sugestiile indirecte se referă la obiectivele terapiei, precum și la alternativele propuse, alternative exprimate în mod metaforic, ca în exemplul următor:

„Mă întreb când vă veți *schimba* punctul de vedere..." (predicatul veți schimba se transformă, datorită tonului vocii, în sugestia: „veți schimba punctul de vedere!")

La încheierea ședinței, terapeutul va preciza din nou faptul că hipnoza reprezintă de fapt un proces de învățare prin intermediul căruia trupul și mintea vor redescoperi disponibilități latente ale subiectului, disponibilități pe care le va putea dezvolta și folosi în continuare.

Pacientul va fi ghidat apoi să revină aici și acum, în cabinetul de psihoterapie. Urmează o discuție în cadrul căreia se analizează împreună cu clien-

tul experienţele trăite, iar informaţiile obţinute sunt utilizate pentru desfăşurarea şedinţei următoare.

Autonomia pacientului creşte o dată cu progresul psihoterapiei, acesta putând să utilizeze elementele învăţate pentru aplicarea autohipnozei.

Interviul realizat după şedinţa de hipnoză nu are caracterul unui interogatoriu, rămânând la latitudinea pacientului să păstreze pentru sine acele trăiri pe care le consideră intime.

Este indicat ca prima şedinţă de hipnoză să înceapă cu un exerciţiu de relaxare, care să faciliteze accesul la o stare modificată de conştiinţă, permiţându-i terapeutului să observe modul în care acesta reacţionează.

Prezentăm mai jos un exemplu de inducţie hipnotică preliminară, unde nu se administrează încă sugestii cu caracter terapeutic (după Bellet, 2002, p. 75-79).

„Aşezaţi-vă confortabil în fotoliu, cu capul sprijinit, braţele întinse de-a lungul braţelor fotoliului şi picioarele relaxate. În timp ce corpul dumneavoastră se destinde vă imaginaţi că răsfoiţi un album cu poze care reprezintă amintiri.

Răsfoiţi albumul la întâmplare sau poate mai sistematic. Ritmul răsfoirii filelor se modifică, pentru că aţi vrea să zăboviţi mai mult pe o imagine sau pe alta. Mintea dumneavoastră apreciază ceea ce «vede» şi atunci când aţi descoperit o imagine plăcută, când vă aflaţi pe malul mării, comunicaţi-mi acest lucru printr-o mişcare voluntară sau involuntară a unui deget.

Observaţi că puteţi să vedeţi imagini în plan interior atât cu ochii deschişi, cât şi cu ochii închişi.

Observaţi imaginile, remarcaţi bogăţia detaliilor care devine mai mare atunci când pleoapele sunt coborâte. Mişcarea degetului arătător drept îmi va indica faptul că aţi găsit locul de pe plajă unde doriţi să vă relaxaţi.

Atunci când mergem la plajă avem, de obicei, un loc preferat unde ne place să ne instalăm.

Vă întindeţi pentru câteva minute pe un cearşaf de plajă moale şi pufos, simţiţi tuşeul acestuia şi atingerea nisipului fin şi cald. Sunteţi calm şi destins, pielea este protejată de soare de o loţiune cu miros plăcut, cu miros de vacanţă care vă ajută să vă simţiţi tot mai relaxat.

Remarcaţi căldura agreabilă pe care o emană cearşaful de plajă, în timp ce razele soarelui vă înconjoară plăcut, accentuând starea de relaxare. Uneori surprindeţi mici mişcări automate ale mâinii drepte sau stângi, care se joacă cu nisipul cald şi moale, lăsându-l să se scurgă printre degete.

Este o senzaţie plăcută de parcă v-aţi juca cu o pudră uşoară şi fină; nu ştiu dacă aţi remarcat deja că ritmul respiraţiei dumneavoastră devine mai lent, mai calm, mai regulat, se mulează pe ritmul valurilor; simţiţi aerul proaspăt, mirosul specific al brizei mării; auziţi ţipetele pescăruşilor care se răsucesc în zbor deasupra apei; valurile se lovesc de ţărm cu un zgomot ritmic; admiraţi spuma albă a mării care tiveşte crestele valurilor. După ce aţi rămas un timp lungit pe plajă, a sosit momentul să verificaţi dacă apa este suficient de caldă pentru a face baie. Tălpile picioarelor păşesc pe nisipul cald şi se apropie de ţărm, unde acesta este umed şi bătătorit. Intraţi în apă şi savuraţi răcoarea valurilor care vă învăluie picioarele. Este o senzaţie simplă şi agreabilă. Apa este verzuie şi uşor transparentă şi mă întreb cum va prefera corpul dumneavoastră să se cufunde în apa mării... treptat, treptat sau să spintece valurile... Revenind la suprafaţă veţi regăsi senzaţia plăcută de plutire. Plutiţi între apă şi cerul albastru, vă simţiţi uşor, uşor, liniştit, destins...

Simţiţi cum valurile prietenoase vă îmbrăţişează umerii, spatele, braţele, picioarele. Nisipul galben, marea verzuie şi cerul albastru vă dau o senzaţie de linişte, armonie, echilibru. Trăiţi o stare plăcută de plutire, legănare pe valuri, o senzaţie în care timpul nu mai are importanţă, o secundă poate dura un minut, un minut, o oră, o oră, o zi, iar o zi poate dura o săptămână sau chiar mai mult. Vă legănaţi plăcut, lăsându-vă duşi în voia valurilor şi retrăiţi un ritm nou în care se îmbină sunete, culori, senzaţii... Apa este atât de plăcută, atât de plăcută încât vă este greu să precizaţi dacă se prelinge pe piele sau pielea alunecă pe apă...

Nu ştiu care dintre senzaţii este mai plăcută: relaxarea trupului, balansul pe ritmul valurilor, parfumul de vacanţă, mirosul apei mării, strălucirea de cleştar a valurilor, contactul cu nisipul moale şi fin, căldura plăcută a soarelui care vă îmbrăţişează cu razele sale sau poate o altă senzaţie mai specială în care trupul şi mintea descoperă împreună un spaţiu interior, personal care le aparţine. Trupul şi mintea învaţă ceva, redescoperă ceva, nu vă este încă limpede. Ele învaţă să se modifice, să înţeleagă, pornind de la o fază când înţelegerea nu este încă prezentă; o dată cu ele, învăţaţi să vă dezvoltaţi supleţea spiritului, capacitatea de a descoperi în stare de calm noi soluţii, noi alternative pentru problemele dumneavoastră; învăţaţi să faceţi noi conexiuni, să priviţi lucrurile dintr-o nouă perspectivă.

Bucuraţi-vă de această plajă de nisip, de această secvenţă de timp în afara timpului, de această zonă miraculoasă a cărei cheie de intrare este senzaţia plăcută regăsită pe malul mării, cheie pe care o deţineţi numai dumneavoastră.

Înainte de a reveni în acest cabinet, plasaţi cheia într-un loc ascuns, accesibil doar dumneavoastră.

Puse la adăpost, senzaţiile plăcute de calm, pace şi armonie, vor continua să se dezvolte, să crească pentru dumneavoastră.

Reveniţi aici şi acum, în acest cabinet, şi regăsiţi senzaţiile legate de corpul dumneavoastră care se află relaxat în fotoliu.

Pentru a vă ajuta să reveniţi, voi număra de la 5 la 1. 5, reveniţi aici şi acum, aveţi o senzaţie de energie care pătrunde în braţe şi picioare; 4, braţele şi picioarele revin la normal, revin la normal, sunt active şi pline de energie; 3, tot corpul revine la normal, revine la normal; 2, inspiraţi şi expiraţi adânc; 1, reveniţi la normal, corpul se regăseşte pe sine şi îşi reia activitatea de zi cu zi."

Disocierea realizată la nivelul diverselor instanţe psihice deschide un câmp larg pentru derularea procesărilor terapeutice.

Sugestiile deschise, analogiile, ritmul şi tonul vocii, metaforele contribuie la declanşarea acestor procese de căutare interioară, generatoare de noi asociaţii, conexiuni, senzaţii, imagini sau stări afective.

Răspunsurile hipnotice reprezintă consecinţe obiective sau subiective ale acestor procesări şi semnalează schimbarea terapeutică.

Starea de transă hipnotică presupune realizarea unei disocieri între psihic şi corp, între diferitele părţi ale corpului sau între diverse instanţe psihice.

Terapeutul va administra sugestii menite să separe diversele instanţe unele de celelalte: „respiraţia ta devine tot mai regulată... mai calmă, mai liniştită... braţul tău drept devine tot mai uşor... mentalul tău inconştient se relaxează... procesele memoriei se derulează... etc.".

Datorită disocierii, pacientul va fi capabil să abordeze anumite situaţii cu o încărcătură emoţională mai redusă sau va putea percepe anumite senzaţii fizice fără a trăi şi stările afective aferente (totul va fi perceput cu detaşare, de la o anumită distanţă).

Disocierea poate fi considerată un proces de extindere a proceselor psihice şi nu o ruptură de tip patologic asemănătoare celor produse în schizofrenie. În felul acesta, subiectul capătă o libertate mai mare de expresie care îi permite să elaboreze noi asociaţii.

Ascultarea hipnotică

Reprezintă un mod particular de ascultare care îl ajută pe hipnoterapeut să culeagă informaţii referitoare la pacient. Acest mod de ascultare îi permite terapeutului să evalueze informaţiile care îi parvin într-o manieră intuitivă (analogică), fapt ce îl derutează adesea pe pacient.

Terapeutul trebuie să se afle el însuşi într-o stare asemănătoare cu transa, atitudinea acestuia prezentând următoarele caracterisitici:

- detaşare de stimulii exteriori ai ambianţei;
- curiozitate;
- să nu aibă întrebările pregătite şi nici să nu anticipeze posibile răspunsuri;
- să nu stabilească nici un fel de ierarhie sau ordine a întrebărilor;

- să acorde o atenţie egală tuturor răspunsurilor şi reacţiilor clientului;
- să fie deschis;
- să descopere, să asambleze (să pună cap la cap) şi să interpreteze metaforele.

Relaţia dintre pacient şi terapeut trebuie să fie una de cooperare, terapeutul încurajând atât dialogul dintre el şi pacient, cât şi monologul acestuia.

Observaţiile clinice au demonstrat că nu este posibil să hipnotizăm o persoană fără consimţământul său, un minimum de cooperare fiind absolut necesar.

Tehnica hipnotică presupune, mai ales la începutul aplicării sale, o etapă „receptivă" în cadrul căreia terapeutul ascultă şi recepţionează spusele pacientului în vederea asocierii şi reasamblării unor elemente eterogene prin intermediul cărora acesta îşi prezintă simptomatologia.

Terapeutul trebuie să descopere în ce măsură pacientul şi-a produs starea actuală (simptomele) prin intermediul unui proces de autohipnoză negativă şi cum poate fi ajutat să „se apropie" de simptom şi să-l rezolve, transformându-l în altceva.

Metaforic vorbind, putem considera simptomul ca o haină de împrumut pe care pacientul o poartă, acesta având de ales între a o păstra sau a o înapoia proprietarului.

În cazul în care clientul consideră că haina îi aparţine, el poate s-o distrugă, să o dăruiască, să o vândă sau să o împrumute, cu alte cuvinte să o modifice (Bellet, 2002, p. 88).

Hipnoza acţionează la mai multe nivele datorită mecanismelor disociative care se declanşează la nivelul psihicului uman. Disocierea pune în evidenţă şi relativizează entităţi care sunt adesea combinate şi chiar confundate: mişcări voluntare şi involuntare, emoţii şi mecanisme raţionale, aspecte ce ţin de procese conştiente şi inconştiente.

Datorită acestor fenomene cu caracter disociativ se deschid noi perspective de acţiune terapeutică, tehnica hipnotică putând să acţioneze mecanismele memoriei pacientului, respectiv axele spaţio-temporale.

Hipnoza nu reprezintă o tehnică ezoterică, ci o tehnică ce poate fi învăţată şi perfecţionată prin exersare.

Hipnoza terapeutică

În viziunea ericksoniană, hipnoza este considerată un instrument de observare şi înţelegere a patologiei pacientului, o abordare mai puţin cunoscută deoarece pentru marele public hipnoza este asociată doar cu ideea de a acţiona asupra unei persoane.

Aşa cum am mai subliniat, atitudinea receptivă a terapeutului pare să răspundă la următoarea întrebare: „în ce măsură simptomatologia pacientului are la bază o stare sau un proces hipnotic?“ (Bellet, 2002).

La fel ca şi pacientul său, terapeutul va intra în transă hipnotică, va procesa informaţia, ceea ce înseamnă că el va putea interpreta afirmaţiile pacientului *ad-litteram,* va putea evalua toate semnificaţiile, alternativele, posibilităţile şi chiar aspectele cu caracter paradoxal.

Putem afirma astfel că ascultarea hipnotică reprezintă un proces complex care presupune din partea terapeutului o activitate terapeutică intensă şi laborioasă.

Această discuţie, uneori destul de prelungită, reprezintă o etapă pregătitoare în cadrul căreia terapeutul acţionează deja în mod discret, fără ca pacientul să-şi dea seama. Este vorba de aşa-numita hipnoză informală sau conversaţională, în care nu se pune accent pe aspectele ritualizate ale metodei, urmărindu-se obţinerea stării pe care Milton Erickson o denumea „transă cotidiană“.

Autorul menţionat era un adept al acestei forme de hipnoză informală a cărei practicare presupune însă o foarte bună cunoaştere a hipnozei formale.

Aceste aspecte mai puţin cunoscute ale hipnozei informale îi surprind adesea pe pacienţi care aşteaptă o inducţie cu caracter spectaculos menită să conducă la trăirea unor stări de excepţie. Mulţi dintre aceştia întreabă când se va trece la hipnoză chiar dacă ameliorările obţinute sunt deja evidente.

Abordarea ericksoniană presupune şi renunţarea la diagnosticul clasic ce pune pacientului o etichetă, ajutându-l pe terapeut să-şi privească pacientul într-o lumină nouă.

De cele mai multe ori, elementele şi informaţiile semnificative referitoare la problema pacientului sunt prezente deja, terapeutul nefăcând altceva decât să le observe şi să le asocieze pentru ca schimbarea terapeutică să aibă loc.

Scopul psihoterapiei nu îl reprezintă inducerea hipnozei, ci schimbarea terapeutică, obiectivele acesteia fiind cu atât mai clar definite, cu cât diagnosticul hipnotic va fi mai precis.

Solicitările pacientului, solicitări cu caracter ludic sau bazate pe simpla curiozitate de a experimenta o şedinţă adevărată de hipnoză, trebuie să fie abordate cu prudenţă şi circumspecţie.

De pe poziţiile psihodiagnosticului în hipnoterapia ericksoniană, pacientul este considerat un fel de „rebus“ care presupune o anumită asociere de litere, cifre, imagini, din combinaţia cărora rezultă un sens.

În acelaşi mod, terapeutul trebuie să aibă în vedere elemente ale limbajului verbal şi non-verbal al pacientului, simptomatologia sa, abordându-le ca pe nişte componente ale unui rebus în care stabilirea unei noi ordini, redefinirile

vor conduce la o nouă semnificaţie, mai comprehensibilă, a simptomatologiei, o perspectivă nouă care face ca schimbarea să devină posibilă.

Terapeutul de orientare ericksoniană nu va utiliza o terminologie medicală sofisticată, pe care pacientul nu o poate înţelege, ci îi va vorbi fiecăruia pe „limba lui“, fapt ce va facilita comunicarea terapeutică. De asemenea, în cadrul comunicării vor fi utilizate metafore şi analogii care pun în evidenţă legături nebănuite, transformând invizibilul în vizibil şi deschizând astfel calea către schimbarea terapeutică.

Demersul terapeutic are loc la fel ca în cazul enigmei lui Kaspar Hauser, tânăr întârziat mental căruia un profesor de logică îi evaluează capacităţile deductive (Bellet, 2002).

Logicianul îi prezintă spre rezolvare următoarea problemă:

„Te afli la o răscruce de drumuri care duc la două sate, unul în care oamenii spun totdeauna adevărul, iar celălalt în care trăiesc oameni care mint tot timpul. Observi un om care vine spre tine şi nu ştii din ce sat este. Pentru a afla ai dreptul să-i pui o singură întrebare. Fii atent, pentru că dacă vei întreba: «vii din satul mincinoşilor?», ambii vor răspunde negativ, iar dacă vei întreba dacă vine din satul persoanelor care spun doar adevărul, de asemenea, ambii vor confirma acest lucru. Să vedem cum rezolvi problema aceasta.“

Kaspar se încruntă şi nu spune nimic, moment în care profesorul se lansează în explicaţii complexe, bazate pe logică. La un moment dat, Kaspar intervine timid: „îl voi întreba pe omul acela dacă este o broască verde. Cel din satul cu oameni care spun adevărul va răspunde: «nu, nu sunt o broască verde», iar cel din satul mincinoşilor va spune: «da, eu sunt o broască verde» şi atunci voi şti precis de unde vine omul acela.“

„Nu pot accepta un astfel de răspuns, pentru că nu este logic. Înţelegerea nu este esenţială, doar deducţia are valoare!“ – spuse profesorul furios (după Bellet, 2002, p. 96).

Milton Erickson sublinia faptul că o cunoaştere a cauzelor simptomelor sau problemelor pacientului nu duce în mod automat la vindecare, aşa cum pretind psihanaliştii. Astfel, victimele violurilor, agresiunilor sau catastrofelor naturale ştiu foarte bine de unde provin problemele lor şi totuşi, această cunoaştere nu le asigură vindecarea.

Pe de altă parte, bogăţia simptomatologică a maladiilor psihosomatice evidenţiază capacităţile surprinzătoare ale pacienţilor de a stabili legături între cauze şi efecte, între spirit şi corp, fapt evidenţiat adesea în limbajul popular care utilizează expresii ca „nu îl pot înghiţi“ sau „nu văd nici o ieşire“ etc.

Aceste expresii *ad-litteram* devin vehicule analogice pentru a realiza o anumită descărcare emoţională.

Asemenea expresii nu trebuie traduse într-un limbaj academic care reflectă un diagnostic sofisticat, deoarece aceasta nu face decât să creeze pacientului confuzie. De aceea, psihoterapeutul trebuie să abordeze pacientul de pe poziția pe care se află acesta, ferindu-se de etichete diagnostice artificiale.

Hipnoza lucrează ca un fel de catalizator care îndeamnă la acțiune sau ca un dizolvant care distruge simptomele; prin combinarea elementelor acestora într-un alt mod, cele două funcții pot fi conectate.

Trebuie subliniat și faptul că hipnoza îl ajută pe pacient să se reașeze la locul potrivit, în momentul potrivit și să declanșeze acțiunea potrivită.

Acest principiu se aplică în cazul hipnozei terapeutice care se poate adresa depresivului ce trăiește numai în trecut sau anxiosului care anticipează pericole viitoare.

Sugestiile terapeutice (Yapko, 1995)

Forța demersului hipnoterapeutic rezidă în formularea sugestiilor în așa fel încât ele să se adreseze cu precădere instanțelor de natură inconștientă.

Comunicarea de tip hipnotic utilizează două tipuri de sugestii care nu se exclud reciproc: sugestii directe și sugestii indirecte. Gradul de directivitate variază, la rândul său, pe un continuum unde la un capăt avem sugestiile directe și la celălalt indirecte.

Tipul de sugestii ales depinde de receptivitatea clientului, de problemele sale, precum și de particularitățile personalității sale (de pildă, pentru un client sugestiile directe pot avea un caracter prea amenințător).

Sugestiile directe

Se referă direct la problema clientului și sugerează în mod clar și evident un anumit răspuns din partea acestuia. Nu au un caracter subtil, se adresează într-o mai mare măsură instanțelor conștiente, propun soluții pentru anumite probleme și conțin instrucțiuni detaliate referitoare la modul în care trebuie să procedeze subiectul.

Dacă, de pildă, hipnoterapeutul dorește ca subiectul să închidă ochii, el poate administra următoarele sugestii directe:

„Închide ochii"

„Te rog să închizi ochii".

„Poți să închizi ochii".

„Lasă ochii să se închidă".

„Aș dori să închizi ochii".

Avantajele sugestiilor directe (Yapko, 1995)

1. Faptul că se referă explicit la problema în cauză întărește convingerea clientului că terapeutul îl poate ajuta să o rezolve.
2. Stabilesc scopuri clar definite pentru subiect.
3. Contribuie la implicarea activă a clientului în rezolvarea problemelor sale.
4. Dezvoltă capacitatea clientului de a-și rezolva problemele viitoare pentru că furnizează un model de rezolvare a acestora.

Dezavantajele sugestiilor indirecte:

1. Modul lor de funcționare se bazează prea mult pe dorința conștientă a subiectului de a se conforma acestor sugestii.
2. Pot conduce la activarea rezistențelor pacientului deoarece îl abordează prea frontal, ceea ce pentru unele persoane poate părea amenințător.

Hipnoterapeutul este cel care va trebui să aprecieze dacă acest gen de abordare va da sau nu rezultate pozitive.

Sugestiile indirecte

Reprezintă acele sugestii care se referă la problema-simptom sau solicită un anumit tip de răspuns într-o manieră ascunsă. Aceste sugestii au un caracter subtil și nu se adresează, de regulă, instanțelor de natură conștientă. Clientul este cel care trebuie să le interpreteze și să le descopere sensul.

Utilizarea sugestiilor indirecte îl determină pe subiect să se întrebe la nivel conștient ce vrea să spună terapeutul, în timp ce la nivel inconștient se realizează asocieri între ceea ce se sugerează și experiențele interioare ale subiectului, asocieri care pun bazele procesului de schimbare.

Sugestiile indirecte pot îmbrăca numeroase forme: povestiri, analogii, anecdote, metafore, teme pentru acasă sau sugestii multiple, interconditionate.

Orice comunicare în cadrul căreia clientul este solicitat să răspundă fără să i se ceară în mod expres acest lucru implică într-o măsură mai mare sau mai mică prezența unor sugestii indirecte.

Prezentăm mai jos câteva modele de sugestii indirecte pentru închiderea ochilor:

„Un bun subiect pentru hipnoză începe prin a închide ochii."

„Poți să lași ochii tăi să se închidă?"

„Multora dintre clienţii mei le face plăcere să stea pe fotoliu cu ochii închişi.“

„Mă întreb ce anume te va determina să închizi ochii şi să te relaxezi confortabil în fotoliu.“

Avantajul sugestiilor indirecte constă în aceea că ele utilizează, într-o măsură mult mai mare, resursele interioare ale subiectului. Aceste sugestii acţionează ca factori declanşatori ai unor procese asociative interne şi din acest motiv au un însemnat rol terapeutic. De asemenea, deoarece ele presupun o anumită distanţă între sugestia ca atare şi ceeea ce se aşteaptă să se obţină de la subiect, ele nu declanşează rezistenţele acestuia.

Sugestiile indirecte produc şi un anumit grad de confuzie în legătură cu modul în care acestea l-ar putea ajuta, confuzie care îi lasă clientului loc pentru interpretări personale.

Mai mult, prin faptul că nu-l forţează pe client să reacţioneze în vreun fel, terapeutul dă dovadă de respect pentru personalitatea şi problemele acestuia (Zeig, 1980; Lankton şi Lankton, 1983; Brown, 1991).

Dezavantajul utilizării sugestiilor indirecte constă în aceea că pacientul poate manifesta teamă la gândul că terapeutul nu este capabil sau nu doreşte să abordeze frontal problemele sale. („Dacă el nu este în stare, cum aş putea fi eu?“ – îşi poate spune în gând pacientul.)

În felul acesta, terapeutul poate fi considerat de către pacient ca fiind incompetent sau evaziv, clientul putând să se simtă manipulat sau „tras pe sfoară“.

Un alt dezavantaj al acestui tip de abordare poate consta şi în faptul că procesarea la nivel inconştient a condus la rezolvarea problemei-simptom, în timp ce clientul va continua să se întrebe prin ce mecanism s-a produs schimbarea. Astfel, problema a fost rezolvată, dar clientul nu şi-a format modele de comportament pentru a soluţiona alte dificultăţi care pot să apară în viitor (Yapko, 1983; Lehrev, 1986).

Decizia terapeutului de a utiliza o abordare directă sau indirectă trebuie să aibă în vedere doi factori: nevoia de înţelegere şi gradul de receptivitate la sugestii a pacientului.

Unii subiecţi vor să înţeleagă la nivel conştient ce anume se petrece (adresează mereu întrebări de tipul „de ce?“), în timp ce alţii vor să li se rezolve problema, indiferent prin ce mijloace.

Cu cât o persoană doreşte mai mult să înţeleagă lucrurile la nivel conştient, cu atât o abordare indirectă va avea şanse mai mari să spargă tiparele sale obişnuite de gândire şi simţire şi să sporească, astfel, şansele de schimbare. Poate să se manifeste însă şi situaţia inversă când o persoană raţională va fi bulversată de utilizarea unor demersuri indirecte, îşi va pierde răbdarea şi motivaţia şi va renunţa la psihoterapie. Doar experienţa îl va învăţa pe terapeut ce stil să adopte.

În ceea ce priveşte cel de-al doilea factor, şi anume receptivitatea clientului (rezistenţele sunt considerate indicatori ai absenţei receptivităţii), Zeig (1980) este de părere că gradul de indirecţie trebuie să fie direct proporţional cu nivelul rezistenţelor percepute sau estimate de către terapeut. Cu alte cuvinte, în măsura în care pacientul nu poate sau nu doreşte să reacţioneze la sugestiile administrate de terapeut, acestea trebuie formulate într-un mod mai indirect.

Stilul adoptat de către hipnoterapeut poate varia de la unul autoritar la unul excesiv de permisiv şi se referă mai ales la tipul de relaţie dintre client şi terapeut.

Stilul autoritar are la bază o relaţie de dominare, sugestiile fiind administrate sub forma unor comenzi, ca în exemplele de mai jos (Yapko, 1995):

„Voi număra de la 1 la 5 şi când voi ajunge la 5, vei închide ochii“.

„Atunci când voi lovi palmele, te vei situa la vârsta de 7 ani“.

„Când te voi atinge pe umărul stâng, vei intra într-o stare de hipnoză profundă“.

„Nu-ţi vei aminti nimic din ce s-a petrecut aici“.

Abordarea permisivă îi permite clientului să conştientizeze faptul că are mai multe posibilităţi să dea răspunsuri semnificative.

Iată câteva exemple de sugestii cu caracter permisiv:

„Poate eşti interesat să descoperi o nouă modalitate de a te simţi mai bine“.

„Mă întreb dacă te-ai gândit că poţi învăţa aceste tehnici mai uşor decât ai crezut prima dată“.

„Nu ştiu care este poziţia în care te simţi cel mai comod“.

„S-ar putea să te concentrezi mai bine dacă închizi ochii“.

„Poţi decide să asculţi, dacă te interesează, ceea ce îţi voi spune“.

Terapeutul sugerează ce anume poate simţi clientul dacă doreşte acest lucru, reponsabilitatea revenindu-i în întregime clientului.

Acest tip de abordare, la fel ca şi sugestiile indirecte, conduce la înlăturarea rezistenţelor pacientului la psihoterapie (Gordon şi Meyers-Anderson, 1981; Grinder şi Bandler, 1981; Haley, 1985; Stanton, 1985; Gilligan, 1987).

Tipuri de sugestii (Yapko, 1995)

1. Sugestiile pozitive

Sunt cele mai frecvent utilizate, cele mai simple şi cele mai utile în psihoterapie. Au un caracter suportiv, încurajator şi trezesc în mintea clientului ideea că poate realiza ceva pozitiv. Ele sunt menite să genereze răspunsuri dezirabile şi îmbracă următoarele forme:

„Cu fiecare inspiraţie te simţi din ce în ce mai bine".

„Îţi aminteşti de perioada când te-ai simţit mândru de tine".

„Descoperi în tine forţe interioare pe care nu le bănuiai".

„Observi cât de bine este să te relaxezi".

„Simţi o căldură plăcută care îţi cuprinde palmele".

2. Sugestiile negative

Atunci când sunt utilizate cu măiestrie de către terapeut, ele pot genera o reacţie sugerând subiectului tocmai absenţa acesteia ca în exemplele de mai jos:

„Nu trebuie să te gândeşti la culoarea ta preferată".

„Nu te întrebi cât este ceasul".

„Ar fi de dorit să nu remarci senzaţia care a apărut în piciorul tău stâng".

„Nu trebuie să te gândeşti la prima ta iubită".

„Te rog să nu observi care dintre prietenii tăi este cel mai materialist".

În viaţa cotidiană, sugestiile negative sunt utilizate de cele mai multe ori în mod spontan şi produc efecte indezirabile. Astfel, dacă medicul, de bună credinţă, îi va spune pacientului său:

„Nu-ţi face griji din cauza bolii tale", este foarte probabil că acesta va fi şi mai îngrijorat.

3. Sugestiile contextuale

Conţin foarte multe detalii legate de trăirile afective, amintirile, gândurile sau imaginile pe care terapeutul doreşte să le sugereze în timpul hipnozei. Aceste detalii îl determină pe client să trăiască experienţe cât mai complexe şi cât mai profunde, ca în următoarele exemple:

„Imaginează-ţi un minunat trandafir roşu cu petale catifelate şi miros pătrunzător".

„Imaginează-ţi că te afli pe plajă, la mare, într-o zi însorită, când simţi razele soarelui mângâindu-ţi trupul... simţi mirosul mării... atingerea uşoară a brizei... auzi zgomotul plăcut şi monoton al valurilor care se lovesc de ţărm...".

În urma acestor sugestii, subiecţii trăiesc experienţe plenare, care implică cât mai multe modalităţi senzoriale.

Dezavantajul acestor sugestii constă însă în posibilitatea de a sugera experienţe care nu sunt agreate de client. De pildă, un client cu teamă de înălţime ar putea să nu se simtă prea bine dacă îi sugerăm că se relaxează plutind pe un nor.

4. Sugestii cu caracter procesual

Spre deosebire de sugestiile contextuale, cele cu caracter procesual furnizează relativ puţine detalii, lăsând libertatea pacientului de a opta singur pentru detaliile experienţei sugerate, modul lor de funcţionare căpătând un caracter individualizat. Prezentăm mai jos câteva exemple:

„Îţi vine în minte o amintire din copilărie, una pe care nu ai mai evocat-o de mult timp";

„Pe măsură ce te relaxezi tot mai profund simţi o senzaţie agreabilă care îţi cuprinde trupul";

„Conştientizează un anumit sunet din încăpere";

„Îţi aminteşti de clipa când te-ai simţit atât de mândru de tine?"

Clientul este cel care decide ce experienţă doreşte să trăiască, alegerea depinzând de interacţiunile dintre instanţele conştiente şi cele inconştiente.

5. Sugestii posthipnotice

Reprezintă sugestii care se administrează pacientului în stare de hipnoză şi se referă la stări afective sau comportamente care se vor declanşa ulterior într-un alt context. Aceste sugestii constituie un element important al demersului terapeutic în cazul în care clientul reuşeşte să achiziţioneze noi modalităţi de răspuns pe care le va utiliza în cursul unor experienţe viitoare. În absenţa acestora, informaţiile, deprinderile şi modalităţile de comportament achiziţionate în cursul şedinţei de hipnoză se vor limita doar la situaţia hipnotică.

Sugestiile posthipnotice permit generalizarea noilor achiziţii şi la alte stări de conştiinţă decât cea specifică hipnozei, acestea fiind integrate în viaţa cotidiană a subiectului. De asemenea, sugestiile posthipnotice pot fi utilizate şi pentru a facilita şedinţele viitoare de hipnoterapie, sugerându-se subiectului că va intra într-o stare de transă din ce în ce mai profundă.

Sugestii cu caracter special

1. Întrebările sugestive de accesare

Reprezintă întrebări care îl încurajează pe pacient să reacţioneze în plan experienţial, nu numai la nivel verbal. Aceste întrebări sugestive focalizează atenţia subiecţilor asupra unor aspecte specifice ale experienţelor lor subiective, experienţe pe care le amplifică prin felul în care sunt adresate, ca în cazul de mai

jos: „poţi să-ţi reaminteşti, cu lux de amănunte, cât de plăcut şi relaxant este să stai pe plajă şi să simţi cum razele soarelui îţi mângâie pielea?".

Întrebările sugestive de accesare au fost denumite de unii autori postulate conversaţionale (Bandler şi Grinder, 1979; Hammond, 1990).

2. Sugestii cu caracter ambiguu

Terapeutul poate utiliza ambiguitatea pentru a stimula proiecţiile clientului, la fel ca şi în cazul sugestiilor nespecifice, cu caracter procesual. De pildă, „în problema aceasta poţi să fii ca o vulpe sau ca un şarpe", poate reprezenta o afirmaţie pe care subiectul nu ştie cum să o interpreteze: terapeutul îi laudă înţelepciunea sau îi critică lipsa de caracter.

3. Sugestii bipolare

Presupun alăturarea unor experienţe opuse:

„Pe măsură ce braţul tău stâng devine rece şi amorţit, braţul drept este cuprins de o căldură plăcută şi reacţionează la comenzile mele."

4. Sugestii care presupun o alegere forţată

Terapeutul va oferi clientului său două alternative astfel alese încât oricare ar fi opţiunea subiectului acesta va reacţiona în sensul celor sugerate de terapeut, ca în exemplele de mai jos:

„Doreşti să intri în hipnoză acum sau peste 5 minute?";

„Te vei bucura de starea plăcută de transă profundă stând pe acest fotoliu sau pe cel din colţ?".

5. Sugestii care generează confuzia

Aceste sugestii sunt astfel construite încât să-i creeze clientului o stare de confuzie menită să-i sporească receptivitatea la hipnoză. Ele reorientează montajul cognitiv al unui subiect excesiv de raţional şi facilitează disocierea dintre instanţele conştiente şi cele inconştiente.

6. Sugestii care acoperă toate posibilităţile

O modalitate de a reduce rezistenţele şi de a accentua receptivitatea pacientului constă în a-i sugera toate răspunsurile posibile la o sugestie.

„Îţi vei aminti un lucru important care s-a petrecut în copilărie sau poate că s-a întâmplat recent sau undeva între copilărie şi vârsta ta actuală."

În felul acesta, orice amintire evocă subiectul, el va reacţiona în sensul sugestiei, şi cooperarea este asigurată.

7. Instrucţiunile sugestive implicite

Aceste sugestii sunt alcătuite din două părţi: prima parte reprezintă o sugestie indirectă de realizare a unei acţiuni, în timp ce partea a doua conţine sugestia directă care vizează declanşarea răspunsului aşteptat:

„Atunci când vei simţi o tresărire în braţul tău drept (sugestie indirectă), vei constata că acesta devine tot mai uşor, tot mai uşor" (Erickson şi Rossi, 1975; Grinder şi Bandler, 1979).

8. Sugestii care utilizează accentele

Presupun repetarea unor cuvinte „cheie" sau a unor propoziţii pentru a adânci transa, pentru a facilita apariţia anumitor experienţe sau pentru a „sădi" în mintea subiectului anumite idei menite să-l ajute să facă faţă unor dificultăţi viitoare: „o persoană care gândeşte *profund,* va ajunge la o înţelegere *profundă* şi va pătrunde în *profunzimea* lucrurilor..." (Erickson, 1966; Zeig, 1980).

9. Sugestiile metaforice

Metafora reprezintă o tehnică indirectă de a atinge anumite obiective terapeutice sau autoformative, fiind considerată metoda cea mai puternică şi în acelaşi timp permisivă prin care se poate comunica pacientului o anumită informaţie relevantă (Gordon, 1978; Barker, 1985; Wallas, 1985).

10. Sugestii cu caracter paradoxal

Conţin anumite enunţuri incompatibile la prima vedere, referitoare la un anumit fenomen sau situaţie, ca de pildă: „vei depune toate eforturile pentru ca vreme de 5 minute să lucrezi asupra ta, spre a integra noile experienţe acumulate." (Selter, 1986; Lange, 1988)

11. Supoziţiile sugestive

În cadrul acestor sugestii se consideră de la sine înţeles că un fenomen aşteptat se va produce, problema este însă când se va întâmpla aceasta.

„Ce plăcut surprins vei fi atunci când vei descoperi care este problema ta".

12. Anecdotele

Utilizarea unor anecdote pentru a modifica un cadru de referinţă este deosebit de utilă pentru că produce asocierea hipnozei cu o comunicare caldă şi degajată.

13. Truismele

Un truism reprezintă o observaţie izvorâtă din bun simţ, o observaţie evidentă şi care nu poate fi contestată. Acesta este utilizat pentru a construi un montaj psihologic de acceptare pentru sugestiile care vor urma:

„Fiecare persoană este unică, aşa cum ştim cu toţii (truism), motiv pentru care vei trăi hipnoza profundă în maniera ta personală" (Erickson şi Rossi, 1979; Hammond, 1990).

14. Sugestii de întărire a ego-ului

Hartland (1971) este primul terapeut care a utilizat sugestii directe de întărire a ego-ului.

Mai târziu, Stanton (1993) a abordat problematica întăriri ego-ului într-o manieră ceva mai indirectă.

Aceşti autori, împreună cu Hammond (1990), sunt de părere că sugestiile de întărire a eului trebuie utilizate la începutul psihoterapiei pentru că majoritatea clienţilor nu luptă pentru abandonarea simptomelor lor întrucât nu se simt suficient de puternici să o facă, aceştia având nevoie de un fel de „fortificare" în plan psihologic.

Gafner şi Benson (2003, p. 295) utilizează pentru întărirea ego-ului tehnica povestirilor metaforice, ca în exemplul de mai jos.

„Casa verde" povestire adaptată după „Răsadurile", Wallas (1985) (adaptată de noi)

„A fost odată, cândva, într-o altă ţară, o minunată casă verde. Un băieţel trecea în fiecare zi prin faţa ei în drum spre şcoală, întrebându-se cum ar fi dacă ar lucra acolo în interiorul minunatei case verzi. Curând venea vacanţa de vară şi şcoala urma să se închidă. Într-o zi, băiatul se opri în faţa casei verzi, ciocăni la poartă şi întrebă dacă nu se găseşte ceva de lucru pentru el. Deşi nu a aşteptat decât câteva minute, i s-a părut o veşnicie până când a venit stăpâna casei, o femeie voinică, cu braţe puternice.

«Poţi lucra aici, dar numai dacă lucrezi foarte bine, *eşti foarte atent* şi *nu laşi mintea ta să zboare*» i-a spus ea.

Băieţelul a fost încântat să primească slujba. În dimineaţa următoare el s-a dus la serviciu şi a aflat multe lucruri interesante.

Casa verde era o construcţie imensă cu nenumărate rânduri de sere de sticlă în care se reflectau razele soarelui.

În interiorul serelor era umeazeală şi căldură pentru că acolo creşteau diferite plante în ghivece sau în lădiţe, pe rafturi.

Băieţelul s-a lăsat furat de feeria culorilor, formelor, miresmelor, astfel încât a uitat de sine... de lumea de afară, pierzând noţiunea timpului, pe măsură ce admira splendorile din casa verde, care semăna cu o împărăţie a zânelor. Zi de zi, băieţelul transplanta şi îngrijea răsaduri, pe care le uda, observând cum cresc... cresc tot mai mari...

Într-o zi, un ghiveci cu un răsad a căzut în spatele raftului... acolo era întuneric şi nimeni nu l-a văzut... Răsadul a rămas mult timp acolo, *pierdut, uitat de toţi... fără apărare... fără viaţă, uscat... îngălbenit...*

Făcând curat în seră, băieţelul a găsit micul ghiveci... Ce se întâmplă?, s-a întrebat el, plăntuţa asta nu este la fel cu celelalte... El a ridicat ghiveciul şi l-a privit în lumină, constatând că răsadul a murit... dar examinându-l cu mai multă atenţie a descoperit un mugur verde chiar lângă rădăcină... Ce aş putea face pentru planta aceasta?, s-a întrebat el, şi imaginaţia lui a început să lucreze...

Băiatul a mers la stăpâna serelor şi i-a arătat ce a găsit, întrebând-o dacă e bine să păstreze planta.

«Nu e bine, aruncă-o, a spus ea... O să-ţi dau alt răsad mai bun... Nu trebuie să pierzi timpul cu plante moarte...»

Dar băiatul nu a vrut să cedeze... la sfârşitul *zilei a privit răsadul cu multă atenţie* şi a *observat că undeva, în interiorul ei, planta mai are multă viaţă...* Ea a continuat să crească în întuneric şi uscăciune şi şi-a format *un sistem de rădăcini puternice... foarte puternice...* care au continuat să crească, să se dezvolte în ciuda lipsei apei şi luminii, ghiveciul devenind neîncăpător pentru *puternicele rădăcini... puternicele rădăcini* care l-au făcut să crape datorită forţei vitale a plantei... Băiatul a cercetat din nou sistemul de *rădăcini puternice,* pline de viaţă. El a plantat răsadul în pământ bogat, într-o lădiţă în care avea suficient loc şi apă, departe de celelalte plante... După câteva săptămâni *au început să apară frunzuliţe, pe măsură ce puternicele rădăcini absorbeau umeazeala şi hrana din pământ...* Da, *mica plantă creştea... creştea mereu....* Băiatul a continuat să îngrijească răsadul care *devenea tot mai mare... tot mai mare...* astfel încât a avut nevoie de o nouă lădiţă...

La sfârşitul verii, vacanţa s-a terminat şi băiatul a părăsit serviciul... Au trecut mulţi ani şi el nu a uitat experienţa de la casa verde.

Adesea, el se gândea la micul răsad care acum trebuia să fie o plantă într-o grădină... Cel mai mult se mira de modul în care *a supravieţuit, a rezistat, a crescut şi s-a dezvoltat* micul răsad, şi aceasta numai din cauza *sistemului său puternic de rădăcini.*"

În timp ce în hipnoza ericksoniană se foloseşte sugestia de tip indirect metaforic, în cazul inducţiei hipnotice clasice se utilizează astfel de sugestii:

„Aşezaţi-vă comod în fotoliu şi fixaţi acest punct pe perete. Fixaţi cu toată atenţia punctul respectiv şi ascultaţi numai vocea mea. Eu voi număra de la 1 la 10. Când voi ajunge cu numărătoarea la 10 veţi închide ochii şi veţi intra în transă hipnotică. 1 – fixaţi punctul; 2 – pleoapele tremură uşor; 3 – deşi vă străduiţi să ţineţi ochii deschişi, pleoapele devin grele, tot mai grele, grele ca de

plumb; 4 – întregul corp devine greu, tot mai greu, greu ca de plumb; 5 – corpul devine tot mai greu, tot mai greu, brațele devine grele, tot mai grele, picioarele grele, tot mai grele, întregul corp devine tot mai greu, tot mai greu; 6 – brațele devin tot mai grele, întregul corp devine din ce în ce mai greu, greu ca de plumb; 7 – pleoapele devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb și au tendința de a se închide, simțiți o tentație irezistibilă de a închide ochii; 8 – intrați într-o stare de destindere, de relaxare profundă; 9 – intrați într-o stare de relaxare profundă; 10 – pleoapele se închid și intrați *acum* într-o stare de transă profundă, intrați *acum* într-o stare de transă profundă."

Sugestiile indirecte de tip metaforic sunt recomandate mai ales în etapa de adâncire a transei.

Sugestiile indirecte sunt denumite astfel din cauza aparentei lor lipse de precizie. Ele sunt mai eficiente pentru că pacientul se află în situația de a alege, ceea ce îi conferă o mai nuanțată libertate personală.

Abordarea indirectă seamănă cu un acompaniament muzical în care subiectul execută un fel de dans în care nu-și permite nici s-o ia prea mult înainte, nici să rămână în urmă.

Terapeutul îi va indica pacientului direcția, lăsându-i libertatea de a-și alege singur drumul de urmat.

Eficiența terapeutică a sugestiilor indirecte rezidă în caracterul lor vag și deschis, pacientul având libertatea să-și construiască propriile imagini sau să trăiască propriile senzații.

Sugestiile indirecte oferă pacientului o paletă largă de variante de răspuns.

Prezentăm mai jos un fragment de inducție hipnotică realizată prin intermediul sugestiilor indirecte (după Bellet, 2002, p. 111).

„Așezați-vă comod în acest fotoliu cu care corpul dumneavoastră va face treptat cunoștință... în ritmul său personal. Cu ajutorul unor mișcări ușoare capul se va sprijini de spătarul fotoliului, spatele își va găsi un loc confortabil... membrele superioare se vor sprijini pe brațele fotoliului într-o poziție comodă pe care o veți putea modifica ulterior pentru a vă găsi un loc și mai confortabil... în timp ce picioarele se sprijină și ele relaxat pe podea. Și în timp ce corpul dumneavoastră se instalează într-o poziție comodă, sufletul va regăsi poate mai ușor în memorie un loc de odihnă agreabilă.

Atunci când savurați o plimbare plăcută, încântătoare, imagini care se perindă prin fața ochilor... puteți observa aceste imagini atât cu ochii deschiși, cât și cu ei închiși... Imaginile defilează prin fața ochilor dumneavoastră în ritmul lor și mă întreb oare ce destinație își va alege sufletul pentru a realiza călătoria de astăzi. Poate va dori să meargă la munte, la țară sau la mare sau poate în alt loc și mă întreb ce anotimp ar fi mai potrivit pentru călătoria noastră.

Atunci când spiritul dumneavoastră a găsit locul și momentul potrivit îmi va indica acest lucru printr-o mișcare discretă, voluntară sau involuntară a unui deget de la o mână sau de la cealaltă."

Pacientul este dirijat să se concentreze asupra propriilor senzații corporale și să pătrundă în interiorul ființei sale.

Limbajul utilizat de către terapeut în cadrul hipnozei permisive este descriptiv și deschis. Se face apel (Bellet, 2002) la tonul vocii, care trebuie să fie în acord cu conținutul celor afirmate, terapeutul utilizând nuanțările în același mod în care o face un bun povestitor. De pildă, un ton mai grav se potrivește ideii de profunzime a relaxării în timp ce notele mai înalte sunt adecvate atunci când dorim să sugerăm ideea de ușor, de plutire, de zbor.

Ritmul, pauzele, tăcerile, accentele

Adesea, pacienții care au alunecat deja în transă nu mai aud decât ritmul vocii, fără a mai fi atenți la metaforele sofisticate elaborate de terapeut.

Ritmul vocii trebuie sincronizat cu respirația pacientului.

Terapeutul va modifica propriul ritm vocal și respirator, pentru a-l schimba pe cel al pacientului.

Ritmul vocii este dat de alternanța cuvintelor și pauzelor, care au, la rândul lor, un rol sugestiv, rămânând la latitudinea pacientului să umple golurile respective. Momentele de tăcere contribuie la amplificarea atitudinii de așteptare.

Ritmul asociat cu tonul vocii rafinează accentele, terapeutul insistând asupra unui cuvânt sau asupra altuia.

Comunicarea din timpul ședinței de hipnoză trebuie să țină seama de modalitatea senzorială dominantă (vizuală, auditivă, kinestezică) în care subiectul procesează informațiile.

Terapeutul va putea să afle care este această modalitate senzorială analizând modul în care se exprimă pacientul (expresiile verbale ale acestuia). Astfel, cel care procesează în sistem verbal va spune: „nu văd nici o ieșire"; „parcă mă aflu în fața unui zid" etc., în timp ce subiectul care procesează în sistem kinestezic se poate exprima astfel: „simt o povară pe umeri" etc.

Informațiile obținute de la pacient în legătură cu modul în care percepe el hipnoza vor fi utilizate pentru personalizarea ședințelor următoare.

15. Utilizarea metaforelor terapeutice

Metafora reprezintă o figură de stil care, la fel ca și comparația, are o valoare analogică. Ea presupune alăturarea a două aspecte sau realități, și această relație de contiguitate va conduce la identificarea, măcar parțială, a uneia cu cealaltă, ca în următoarele exemple: „George este un leu"; „copilul este un soare" etc.

Metaforele se adresează atât persoanelor mai simple, cât şi celor cu un nivel ridicat de instrucţie şi au fost utilizate de-a lungul timpului pentru a transmite tinerei generaţii experienţele acumulate de vârstnici.

Termenul de metaforă provine din grecescul *metaphora* care înseamnă transport atât în sens propriu, cât şi în sens figurat.

În cadrul metaforic se produce un transfer de atribute între elementele comparate, fapt ce transformă noţiunea statică de similitudine într-un proces dinamic, activ.

Eficienţa exprimării metaforice este conferită de faptul că metafora sintetizează într-o formă concisă, descriptivă şi naturală un lung discurs explicativ.

Basmele, povestirile, parabolele reprezintă o succesiune de metafore combinate.

Rolul metaforei în psihoterapie (Bellet, 2002):

- Stabilirea unei relaţii securizante: metafora, prin intermediul exprimării familiare, favorizează contactul dintre pacient şi terapeut.
- Sporeşte forţa argumentării, deoarece captează atenţia subiectului.
- Stabileşte corespondenţe între simptomele şi problemele pacientului şi elementele metaforei.
- Reetichitează simptomatologia, dându-i un sens nou, care îl face pe pacient să-şi privească dificultăţile dintr-o altă perspectivă.
- Încurajează pacientul să utilizeze imaginaţia şi să-şi pună în valoare disponibilităţile creative.
- Contribuie la reducerea rezistenţelor pentru că problema s-a modificat şi pacientul nu mai are la ce să reziste.
- Sugerează soluţii.
- Accesează experienţele emoţionale ale pacientului şi le fixează în memorie.
- Pune în acţiune procese asociative care permit trecerea suplă de la problemă la rezolvarea acesteia.
- Contribuie la responsabilizarea pacientului care conferă o nouă semnificaţie simptomelor sale şi se angajează în depăşirea acestora.

Sentimentul de identificare pe care îl trăieşte pacientul căruia i se aplică metafora contribuie la sporirea forţei acesteia ca instrument al schimbării terapeutice.

Din acest motiv, alegerea povestirii, precum şi a momentului când aceasta va fi aplicată aparţine terapeutului.

Povestirea metaforică sugerează o cale de urmat şi are următoarea structură (Bellet, 2002, p. 121):

- Prologul: „a fost odată..."

- Actorii: unul sau mai mulţi protagonişti
- Expunerea problemei,
- Pentru care există o soluţie,
- Care se pune în aplicare făcându-se referire la subiectul în cauză.

Pe baza acestei scheme, terapeutul va putea construi povestiri metaforice personalizate pentru fiecare pacient în parte.

Se pot utiliza, de asemenea, şi povestiri, basme sau parabole cunoscute. De pildă, basmul „Răţuşca cea urâtă" îi permite unui pacient să identifice propriile sale dificultăţi şi să întrezărească, în ciuda unei situaţii nesigure şi defavorabile, posibilitatea depăşirii obstacolelor existenţei. Această povestire poate fi utilă mai ales persoanelor care nu au încredere în propriile lor capacităţi.

Ascultarea unei povestiri în stare de relaxare sau transă hipnotică este mult mai sugestivă decât citirea acesteia.

Povestirea metaforică include mai multe etape (Bellet, 2002, p. 121):

- Conflictul metaforic: naşterea răţuştei care nu seamănă cu celelalte.
- Activarea proceselor inconştiente şi a disponibilităţilor latente: mama bobocului îl apără şi îi pune în valoare calităţile atunci când apar lebedele.
- Evocarea unor situaţii de învăţare: „răţuşca" învaţă să înoate, să zboare, să se îngrijească.
- Criza metaforică: agresiunea, iarna grea.
- Noua identitate: „răţuşca" se priveşte în oglinda apei şi se vede lebădă.
- Recunoaşterea din partea celorlalţi: lebedele mai vârstnice se înclină în faţa ei.

Povestirea metaforică are o funcţie terapeutică datorată peripeţiilor şi încercărilor cu care se identifică pacientul şi care în final conduc la rezolvarea problemei.

Spre deosebire de povestirea metaforică, parabola reprezintă o succesiune de metafore, simboluri şi alegorii, exprimate de un personaj învestit cu autoritate, care o plasează în planul vieţii spirituale.

Pacienţii care se prezintă la psihoterapie îi pun terapeutului o serie de întrebări pentru care nu au putut găsi un răspuns. Rolul terapeutului nu este acela de a furniza răspunsuri, ci de a-l determina pe pacient să le găsească singur privind propriile probleme dintr-o nouă perspectivă.

În mod obişnuit, practica medicală şi psihoterapeutică acordă atenţie leziunii, respectiv problemei, accentul fiind pus pe starea de boală, nu pe cea de sănătate. Acesta reprezintă un punct de vedere unilateral pentru că atenţia terapeutului se va localiza pe simptom, neglijând contextul.

Abordarea medicală şi psihoterapeutică obişnuită presupune înlăturarea simptomului, aşa cum se procedează şi în hipnoza clasică.

Hipnoza şi psihoterapia ericksoniană se apleacă şi asupra contextului pe care îl utilizează în calitate de resursă.

A trata o rană este util, dar a face să crească în jurul ei o piele sănătoasă amplifică posibilităţile de vindecare a pacientului.

Bellet (2002) este de părere că cele două abordări sunt complementare, sugestiile directe acţionând mai focalizat şi putând adesea rezolva problema, în timp ce sugestiile indirecte acţionează la nivel global.

Prima calitate a utilizării metaforei în psihoterapie este schimbarea perspectivei asupra problemei-simptom.

Modificarea perspectivei asupra problemei-simptom poartă numele de reîncadrare, noţiune pe care discipolii lui Milton Erickson, Watzlawick, Weakland şi Fish (1981) o definesc astfel: „a reîncadra înseamnă a modifica punctul de vedere conceptual şi/sau emoţional din care este privită o situaţie de viaţă şi a o plasa în alt context sau cadru de referinţă care se potriveşte tot atât de bine sau chiar mai bine faptelor concrete şi care schimbă total semnificaţia situaţiei".

Autorii menţionaţi ne oferă un exemplu de modificare a contextului ilustrată într-un dialog purtat de Tom Sawyer cu un alt personaj din romanul cu acelaşi nume scris de Mark Twain (după Bellet, 2002).

Tom este pedepsit să vopsească un gard într-o zi de vacanţă. Băiatului îi displăceau glumele prietenilor şi mai ales cele ale lui Ben care din nefericire a sosit primul îndreptându-se spre locul de scăldat.

Între cei doi copii a avut loc următorul dialog:

„– Salut bătrâne! Te-au pus la muncă, nu-i aşa?

– A, tu eşti Ben, nu te observasem.

– Mă duc să mă scald. Nu ai vrea să vii şi tu? Nu, tu preferi să munceşti, nu-i aşa? Bineînţeles că preferi!

Tom îşi privi prietenul şi replică:

– Ce înţelegi prin muncă?

– Ceea ce faci tu, nu este asta o muncă?

Tom reîncepu să vopsească şi răspunse în doi peri:

– Poate că da, poate că nu. Oricum, Tom Sawyer nu se plânge.

– Ei haide, doar nu o să mă faci să cred că îţi place!

Mişcările pensulei continuau.

– Dacă îmi place? Şi de ce nu mi-ar plăcea? Oare un băieţel de vârsta noastră are deseori ocazia de a vopsi un gard?

Situaţia a luat o nouă întorsătură. Ben încetă să mai muşte din mărul pe care îl avea la el. Tom mânuia cu măiestrie pensula, se îndepărta uşor pentru a constata efectul în timp ce Ben devenea tot mai interesat. Deodată, Ben spuse:

– Tom, lasă-mă şi pe mine să vopsesc puţin.

Nu se înserase încă şi gardul era vopsit foarte bine, iar Tom îndesa prin buzunare comorile primite şi de la alţi copii cărora le-a permis să dea de câteva ori cu pensula."

Tom a reuşit astfel să schimbe sistemul de referinţă, transformând o pedeapsă într-o activitate plăcută şi profitabilă.

Dacă psihanaliza, mai ales cea freudiană, considera inconştientul o instanţă negativă, un rezervor de impulsuri inacceptabile şi de conflicte intrapsihice, Milton Erickson îl privea ca pe o instanţă inteligentă, creativă care trebuie utilizată şi nu controlată în cursul psihoterapiei şi care poate activa resurse nebănuite şi soluţii terapeutice eficiente.

Autorul şi discipolii săi nu fac distincţia dintre inconştient şi subconştient realizată de Freud.

Pacientului trebuie să i se explice modul în care funcţionează inconştientul şi cum pot fi utilizate disponibilităţile sale latente.

Majoritatea pacienţilor cu un anumit nivel de cultură înţeleg foarte bine sensul noţiunii de inconştient. Pentru subiecţii mai sceptici şi cu un spirit analitic deosebit de dezvoltat, terapeutul va utiliza cu precădere noţiunile de imaginaţie sau intuiţie.

Instructajul administrat poate îmbrăca următoarea formă:

„Eşti calm şi relaxat... respiri calm, lent, liniştit... şi o dată cu fiecare expiraţie elimini orice tensiune, orice încordare... în timp ce observi ce se petrece în afara ta şi în interiorul fiinţei tale... În exterior percepi contactul cu fotoliul în care stai foarte relaxat... auzi cuvintele mele... zgomotele din jur... În interiorul fiinţei sale omul simte multe lucruri..., iar tu începi să simţi greutate sau senzaţie de plutire... sau uşoare furnicături sau amorţeli... ori alte senzaţii în braţe şi în picioare...

Poate că ai început să simţi o senzaţie neobişnuită care a apărut undeva în interiorul corpului tău..., nu-i aşa?

În transă, care este o stare de relaxare profundă... oamenii trăiesc experienţe interioare şi exterioare... pentru că ei au un mental conştient şi un mental inconştient... o parte care se află undeva în spatele minţii... undeva în interiorul fiinţei... la fel ca partea nevăzută a unui aisberg, parte pe care nu o vezi, dar eşti conştient că se află acolo, ascunsă sub ape... În inconştient se află imaginaţia, intuiţia, amintirile, resursele nebănuite care te pot ajuta acum... Inconştientul este înţelept şi are rolul de a te proteja, nu-i aşa?... Avem deci mentalul conştient şi pe cel inconştient... lumea din interior şi din exterior..., dar în afară de acestea în interiorul nostru se află şi un observator ascuns... care urmăreşte tot ce se întâmplă... şi am constatat de multe ori şi ne-am minunat cum putem trăi anumite experienţe şi în acelaşi timp ne autoobservăm... Acesta este observatorul

ascuns, o parte firească a mentalului nostru... un fenomen ciudat, dar natural... şi mă minunez cât de uşor îi va fi inconştientului tău să se lase dus... să te conducă spre o transă tot mai profundă acum sau data viitoare..."

Prin sugestii cu caracter general care sună însă în mod specific, terapeutul îl va încuraja pe pacient într-un mod permisiv să acceseze experienţe trecute, asemănătoare cu transa:

„Poţi să-ţi aminteşti cum... cândva în trecut... ai trăit anumite experienţe în care te-ai lăsat dus... ai visat cu ochii deschişi... poate a fost ieri sau poate mai demult când ţi s-a întâmplat acest lucru..."

Termeni sugestivi cum ar fi învăţare, experienţă, explorare, descoperire etc. vor contribui la facilitarea procesării de natură inconştientă. Astfel de termeni îl ajută pe terapeut să intre în comunicare cu instanţele inconştiente ale pacientului, ele trebuind să fie utilizate atât în timpul conversaţiei dinaintea şi după inducţia hipnotică, cât şi pe parcursul acesteia.

Să presupunem că un pacient, George, a relatat în timpul interviului clinic faptul că şi-a amintit cum a primit premiul Uniunii Scriitorilor pentru un volum de versuri; el a fost atât de impresionat de ceremonie, încât s-a lăsat total absorbit de experienţa trăită, uitând de ceea ce se petrece în jur.

Pentru a utiliza această experienţă de transă spontană în scop terapeutic, terapeutul ar putea să procedeze astfel:

„George, poţi să-ţi aminteşti de o împrejurare survenită în trecut, când te-ai simţit complet absorbit de o experienţă extraordinară, minunată, atunci când inconştientul tău, zona din spatele minţii a preluat conducerea şi a descoperit ceva... o stare... o trăire care a ieşit la iveală în mod spontan... ca de la sine..."

În felul acesta, pacientul este încurajat să realizeze asociaţii cât mai diverse, fără a fi limitat la o experienţă specifică.

Terapeutul poate continua astfel:

„George, te-aş ruga să laşi lucrurile să se întâmple de la sine... de la sine... şi astfel vei descoperi ceva care are legătură cu problema ta..."

Una dintre contribuţiile majore ale lui Milton Erickson este reprezentată de orientarea către viitor a demersului psihoterapeutic. Această orientare are la bază ideea că oamenii sănătoşi sunt optimişti, interacţionează în mod pozitiv cu ceilalţi şi sunt ferm convinşi de capacitatea lor de a influenţa evenimentele din cursul vieţii, ei dispunând de toate resursele interioare pentru a se bucura de sănătate şi a trăi fericiţi.

Din acest motiv, obiectul psihoterapiei nu trebuie să fie bolile şi traumele din trecut, ci bunăstarea şi fericirea în viitor (Walters şi Havens, 1994).

Milton Erickson nu orienta decât rareori clientul spre trecut, şi aceasta mai ales atunci când îl ajuta să evoce amintiri plăcute din copilărie.

Terapeutul le cerea pacienţilor să-şi imagineze că privesc într-o bilă de cristal şi să se deplaseze, cu ochii minţii „în viitor", realizând astfel o „pseudo-orientare în viitor".

De Shazer (1978), unul dintre discipolii lui Milton Erickson, a utilizat şi a perfecţionat tehnica progresiei în viitor, pe care a inclus-o în psihoterapia sa centrată pe soluţii. Acesta a aplicat metoda în afara unei inducţii hipnotice, sub forma aşa-numitei întrebări-miracol: „dacă s-ar întâmpla o minune şi problema ta ar fi rezolvată, cum ar arăta viaţa ta atunci?"

Tehnica respectivă este, la ora actuală, utilizată de mulţi terapeuţi sub diverse denumiri: proiecţie în timp, pseudoorientare în timp, antrenament mental sau imaginaţie dirijată.

Cu toate acestea, mulţi terapeuţi şi pacienţi se simt mai atraşi de tehnica regresiei de vârstă, care mai este încă înconjurată de o aură de mister. Astfel, mulţi pacienţi se încăpăţânează să afle de ce sunt aşa cum sunt, sperând că dezvăluirile din trecut vor oferi o soluţie magică la problema lor. Terapeuţii, la rândul lor, se lasă prinşi în această capcană, irosind în mod inutil multe ore de psihoterapie.

Gafner şi Benson (2003, p. 176) prezintă un caz în care tehnica progresiei de vârstă a fost aplicată cu mult succes. Autorii precizează că metoda dă rezultate mai bune în transă medie sau profundă.

S-a prezentat la psihoterapia de cuplu o pereche de americani de origine spaniolă împreună cu fiica lor, Dalia, în vârstă de 14 ani, excesiv de timidă şi interiorizată. Părinţii au constatat faptul că problemele au apărut în urmă cu două luni când Dalia a început să-şi evite colegii şi să nu-i mai privească pe ceilalţi în ochi. Rezultatele şcolare, până atunci foarte bune, au început să scadă.

Dalia, o fetiţă atrăgătoare şi inteligentă, nu privea terapeutul în ochi decât atunci când relata despre performanţele ei şcolare, de care era foarte mândră. Ea a confirmat faptul că îşi evita prietenii, motivând însă că era foarte ocupată cu lecţiile. De asemenea, fata a acceptat ideea că nu se simte prea în largul ei în situaţii sociale şi că îi vine greu să ţină piept celorlalţi.

Pacienta nu părea deprimată şi nu prezenta simptome somatice, ceea ce l-a determinat pe terapeut să presupună că simptomele fetei serveau unui anumit scop, mai ales că ele au apărut imediat după ameliorarea relaţiilor dintre părinţi.

Pacienta s-a dovedit interesată de hipnoză, terapeutul sugerându-i, într-o manieră metaforică, să se vizualizeze pe sine, aşa cum doreşte să fie în viitor.

„Dalia, noi putem să ne amintim lucruri din trecut, dar putem să ne imaginăm şi ce se va petrece în viitor ... Fără îndoială îţi aminteşti evenimente importante din trecutul tău ... poate sărbătorirea zilei tale de naştere ... sau momentul în care ai luat o notă bună şi ai fost lăudată de profesoară (!) sau orice

altă experiență plăcută, confortabilă ... și știu cât de ușor este să te lași absorbit de aceste amintiri plăcute ... Tu ai învățat la limba engleză despre timpul viitor ... tu ai învățat la istorie sau la științele sociale ce important este să privim în viitor ... să prevedem viitorul ... Chiar și oamenii din societățile primitive își planificau strângerea recoltelor sau vânătoarea ... se gândeau să construiască o cetate sau să facă un nou drum ... să planifice ceva ... Și pentru tine este ușor să-ți imaginezi ... doar să-ți imaginezi ce se va petrece în viitor ... O fetiță se poate proiecta în viitor în multe feluri ... poate imaginându-și cum se deplasează pe un covor fermecat sau orice altceva ... Am să-ți cer să faci o călătorie în viitor ... să te deplasezi în timp ... în orice timp dorești tu și să te vezi pe tine așa cum dorești să fii ... Atunci când ai ajuns acolo ... poți să-ți acorzi un răgaz ... atunci când te-ai deplasat în timp și te vezi așa cum dorești să fii ... fă-mi un semn cu capul." (După 10 secunde pacienta face un semn terapeutului.)

„Acordă-ți câteva minute pentru a observa cum este Dalia pe care o vezi cu ochii minții... Observă dacă este zi sau noapte... lumină sau întuneric... dacă Dalia este singură sau împreună cu alții... observă cum este îmbrăcată... cum se simte ea... observă care sunt sentimentele ei cele mai puternice..."

Pacienta a relatat, după ieșirea din transă, o experiență plăcută, asemănătoare cu somnul, dar fără să-și amintească aproape nimic din ceea ce i s-a sugerat, manifestând o amnezie posthipnotică aproape totală.

Sugestiile terapeutice au fost administrate sub forma unei povestiri metaforice

„Este bine așa... în timp ce stai realaxată și liniștită în acest fotoliu ascultând vocea mea... îți reamintești cu mintea și trupul starea de relaxare plăcută pe care ai trăit-o în timpul ședinței trecute de hipnoză... și pe măsură ce îți amintești de respectiva stare te lași cuprinsă de o relaxare tot mai plăcută... mai plăcută... brațele devin tot mai grele... tot mai grele... picioarele grele... foarte grele... este o grutate plăcută... odihnitoare... Acum te simți cuprinsă de o toropeală și o somnolență plăcută... și atunci când te-ai cufundat în somnul adânc și odihnitor... acordă-ți cât de mult timp dorești... atunci când te-ai cufundat în somnul tău profund fă-mi un semn cu capul...

Continui să te relaxezi... să dormi și să visezi... să visezi..., aflându-te într-o stare de relaxare plăcută, odihnitoare... în timp ce eu îți voi spune o poveste. Așa cum am discutat, nu e nevoie să asculți povestea mea pentru că noi avem încredere că inconștientul tău, partea din spatele minții tale va alege ce este important pentru tine din spusele mele. Dacă ești de acord, fă un semn cu capul... ". (Pacienta semnalizează.)

„Povestea s-a întâmplat cu mult timp în urmă... nu știu cu cât timp... într-o altă țară.

Un băiat pe nume Sam era foarte mândru de faptele sale și avea și motive să fie, pentru că era un foarte bun șofer... El se simțea foarte bine la volan când își conducea frații mai mici la antrenament ... Sam își ajuta și părinții la treburile casnice... și el avea de ce să se mândrească pentru că avea doar 16 ani, nu-i așa? (Pacienta semnalizează cu capul.)

Sam era foarte bun și la învățătură și era atât de fascinat de lecțiile de engleză, încât rămânea cu creionul sau pixul suspendat în aer, pierzând noțiunea timpului... ora de clasă i se părea doar o clipă pentru că el nu mai acorda atenție trecerii timpului. Când își făcea lecțiile acasă uneori..., dar nu totdeauna... Sam uita de sine... și i se părea că lucrurile care s-au petrecut mai demult se petrec chiar atunci...

Dar, la fel ca toată lumea, Sam nu era perfect. Ai fi putut crede că el avea încredere în sine în toate situațiile, dar nu era așa... În fundul sufletului său, Sam era un timid... și acest lucru îl îngrijora foarte mult... Duminică dimineața, în timp ce conducea mașina pe drumul de țară, el s-a hotărât să mai meargă încă 50 de kilometri până la casa bunicii sale. El îi solicita adesea sfatul și acum sosise momentul să-i ceară ajutor în problema timidității...

Odată ajuns la destinație, el i-a explicat bunicii cum a putut mai bine ceea ce simte..., iar bunica cea înțeleaptă l-a ascultat cu răbdare, cu un zâmbet șăgalnic pe buze...

În cele din urmă, bunica i-a zis: «Sam, aș dori să-ți spun ceva care să te ajute să rezolvi problema ta... ești de acord să faci ceea ce îți voi cere eu?»

Sam a răspuns afirmativ. (Pacienta, aflată în transă, semnalizează «da» printr-un semn cu capul.)

«Sam, ascultându-te mi-am dat seama că tu ești uneori mai timid, iar alteori mai puțin timid... de pildă, la orele de matematică te simți mai timid, în timp ce la orele de istorie te simți mai puțin timid... când ești cu prietenul tău Tom ai încredere în tine... în timp ce în prezența Mariei nu te simți defel în largul tău... Acum noi va trebui să verificăm ipoteza mea... tu trebuie să observi cum se manifestă această timiditate ciudată a ta... Rezultatul poate fi foarte, foarte interesant...

Pentru a realiza această verificare, tu va trebui să continui să te simți încrezător în forțele proprii atunci când ești la ora de istorie și în compania Mariei, iar miercuri... numai miercuri... aș dori să fii atent la ceea ce se petrece în trupul și în mintea ta atunci când te afli la ora de matematică și împreună cu Tom... Nu trebuie să faci nimic miercuri, ci doar să observi... Ce părere ai?» (Dalia zâmbește.)

După revenirea din transă, Dalia a relatat că a simţit o senzaţie de greutate plăcută în braţe şi o stare asemănătoare cu somnul, la fel ca data trecută.

În urma acestei şedinţe, pacienta a menţionat că a realizat progrese surprinzătoare în ceea ce priveşte încrederea în sine şi comportamentul cu ceilalţi copii, ea relatând şi faptul că le-a vorbit colegilor de clasă despre „miracolele hipnozei".

Terapeutul i-a spus că el nu a fost decât un ghid care a ajutat-o să-şi găsească drumul în direcţia schimbării.

În vederea soluţionării problemelor legate de interacţiunile pacientei cu familia a fost aplicată, în stare de veghe, o altă povestire metaforică, adaptată de Gafner şi Benson (2003) după Close (1998).

Grâul faraonului

„Am să-ţi spun acum o poveste sau cel puţin aşa s-ar părea. La începutul secolului XX a fost descoperit mormântul unui faraon egiptean.

S-au găsit acolo numeroase comori, iar printre acestea se afla şi un vas cu boabe de grâu. În timpurile străvechi, faraonii atribuiau grâului puteri magice şi, din acest motiv, cercetătorii s-au întrebat dacă boabele de grâu mai au viaţă în ele, dacă mai încolţesc.

Boabele de grâu au fost date unui cunoscut agronom care le-a semănat şi în câteva săptămâni grâul a încolţit şi a crescut!

Până atunci se ştiuse că grâul îşi menţine vitalitatea maximum şapte ani. Descoperirea a surprins lumea ştiinţifică, a sporit faima cercetătorului, a atras atenţia asupra însemnătăţii misterelor egiptene şi chiar a contribuit la modificarea sistemului modern de păstrare a grâului. S-a recomandat ca acesta să fie depozitat doar în locuri uscate, răcoroase şi la întuneric.

La scurt timp după ce savantul agronom a murit, fiii săi au publicat un articol pe tema grâului faraonului. În acel articol au povestit cum ei, doi adolescenţi, au amestecat grâul contemporan cu grâul din antichitate iar acum doresc să împărtăşească şi celorlalţi din experienţa lor".

După ce a ascultat povestirea, Dalia a zâmbit şi a spus: „cred că aţi vrut să-mi daţi o temă de gândire".

O lună mai târziu, terapeutul a primit-o pe Dalia împreună cu părinţii ei pentru a evalua rezulatatele intervenţiei psihoterapeutice.

Părinţii au relatat faptul că lucrurile merg foarte bine şi că nu mai apar nici un fel de probleme.

Yapko (1995) prezintă, la rândul său, un model de inducţie hipnotică permisivă care îl ajută pe subiect să afle cine este el de fapt, să-şi cunoască bine părţile componente ale ego-ului şi să le utilizeze eficient în cadrul diverselor

interacţiuni sociale în care este implicat. Astfel, el trebuie uneori să gândească raţional, alteori să asculte de îndemnul inimii; să reflecteze sau să se lase condus de primul impuls (p. 147-151).

„Acum putem începe... aşază-te comod în fotoliu... gândeşte-te la o situaţie plăcută şi relaxează-te... lasă-te absorbit de experienţele plăcute care îţi vin în minte... şi care devin tot mai clare şi care te definesc aşa cum eşti... lumea ta interioară... care este diferită de lumea exterioară... din care, în mod paradoxal şi tu faci parte..., deşi eşti speriat de ea. Şi acum, pe măsură ce te laşi purtat de experienţele trăite... laşi ochii să se închidă şi îţi îndrepţi atenţia spre interior... observi că trăieşti experienţe compuse din elemente diferite... unele se referă la gândurile care îţi trec prin minte... gânduri care te fac să reacţioneazi într-un anumit fel... toate aceste gânduri sunt experienţe mentale... experienţe conştiente care reprezintă o parte importantă a eului tău. Există şi o altă parte a fiinţei tale care se referă la aspectele fizice... o parte de care iei cunoştinţă când stai comod în fotoliu şi îţi simţi braţele relaxate... Oare care dintre braţele tale este mai relaxat decât celălalt?... Devii conştient de respiraţia care este tot mai calmă... tot mai lentă... şi bătăile inimii devin tot mai liniştite... tot mai liniştite... Iei cunoştinţă acum de o altă parte a fiinţei tale care surprinde sentimentele tale... parte care se bucură de faptul că stai aici relaxat... liniştit... fără să fie nevoie să te gândeşti la ceva... să trăieşti clipa de faţă... să trăieşti sentimentul de plăcere că te afli aici... sentimentul de încredere că poţi învăţa încă multe lucruri... starea de relaxare plăcută... în care nu trebuie să faci nimic. Câte elemente cuprinde oare latura ta afectivă?... Sunt elemente optimiste sau pesimiste... părţi ale eului tău care doresc să lucreze, altele care vor să se joace... altele care gândesc... altele care te îndeamnă să cauţi compania celorlalţi, altele care te îndeamnă la singurătate... Fiinţa ta cuprinde nenumărate faţete şi fiecare dintre aceste faţete include un imens potenţial de care te poţi folosi... fiecare dintre părţi te poate ajuta într-o situaţie sau alta... Faptul că înveţi să te concentrezi asupra uneia dintre faţetele fiinţei tale... să te laşi absorbit de ea... este un lucru foarte util pentru tine... este ca şi cum reflectorul atenţiei luminează o parte din tine... parte care se activează într-o anumită situaţie şi te ajută să faci faţă cu bine acelei situaţii... Înveţi şi faptul că dacă nu abordezi situaţia cu partea potrivită a personalităţii tale pot apărea probleme... Ştii că dacă te duci la o petrecere este bine să activezi acea parte din tine căreia îi plac oamenii şi îi place să se distreze..., dar ce s-ar întâmpla dacă cineva s-ar duce la petrecere şi s-ar lăsa absorbit de gânduri triste... gânduri care l-ar separa de ceilalţi... tu înveţi că există momente în care trebuie să te focalizezi spre interior... să realizezi o introspecţie şi momente în care trebuie să te focalizezi spre exterior... a te focaliza spre interior la o petrecere nu ar fi o idee prea

bună... pentru că vei trăi stări afective negative și îți vei reproșa că nu ai reușit să intri în atmosferă... În fiecare dintre noi există ziduri pe care le putem construi sau dărâma atunci când dorim... aceste ziduri separă diversele experiențe acumulate...

Poți să-ți imaginezi mai multe încăperi care au uși..., iar dacă deschizi o altă ușă iei contact cu sentimentele și emoțiile tale... o altă ușă te va pune față în față cu slăbiciunile tale..., în timp ce alta te va conduce la resursele tale de forță și adaptare... Cât de extraordinar este sentimentul de autocontrol... de putere pe care îl ai atunci când poți să-ți cunoști laturile personalității și știi să treci de la una la alta atunci când este necesar...

Este bine să învățăm ceva și din experiența altora... Îmi amintesc că am lucrat cu un pacient care trăia cu o femeie pe care o iubea foarte mult..., dar diminețile când cei doi mergeau la serviciu... trebuind să meargă pe drumuri diferite... ei începeau să se certe pentru lucruri mărunte... cine va cumpăra lapte... cine se va opri la piață... bărbatul se simțea zdrobit... atât de deprimat încât nu mai putea lucra... Cât de important ar fi fost pentru el să știe să-și separe viața personală de activitatea de la serviciu... stările sale afective de capacitatea de a funcționa eficient... frustrările și furia de vorbele pe care le adresa prietenei sale... Sentimentele de furie trebuie separate de cuvintele care lovesc sau distrug... Există ziduri, bariere care separă stările noastre afective de acțiunile noastre... furia de violență... sentimentele și atracția față de o persoană, de conduita iresponsabilă... Înveți acum faptul că poți separa diversele părți ale ego-ului tău... Înveți faptul că poți separa experiențele tale obișnuite de experiențele pe care le trăiești în hipnoză... Poți separa acțiunile pe care trebuie să le realizezi mai târziu de experiența pe care o trăiești acum... când te relaxezi... asculți... înveți... Acum știi că și statele au granițe... Statele Unite sunt separate de Canada sau Mexic... Există granițe care separă statul unde trăiești tu de statul vecin... orașul în care locuiești de un alt oraș...

Statele au trupe de grănicieri care au menirea să vegheze la integritatea hotarelor... să-i mențină în interior pe cei care trebuie să se afle în interior și să-i țină afară pe cei care nu trebuie să intre... Fiecare are granițele sale și își definește în felul său cultura, limba, obiceiurile... se definește pe sine... știi că există situații când un grup de oameni invadează un alt grup și încearcă să-și impună asupra lui voința și stilul de viață... Lucruri asemănătoare se petrec și la nivel personal când unii indivizi te asaltează... îți cer anumite lucruri pe care ei doresc să le faci... dar tu ai limitele tale și ai capacitatea de a-ți apăra aceste limite de alții... Ești capabil să reziști unor tactici care îți trezesc culpabilitatea... sau care te intimidează... sau oricăror altor tactici de manipulare... ești capabil să te protejezi cu măiestrie, cu forță, cu grijă... cu atenție... Înveți foarte

repede că fiecare parte a personalității tale este utilă într-o situație sau alta... într-o perioadă de timp sau alta... chiar dacă este o parte din tine care este supărată... critică... jucăușă sau iubitoare... Ai învățat acum că poți pune în funcțiune oricare parte din tine... este alegerea ta ce parte a personalității tale pui în acțiune... Atunci când nu ți-a ieșit ceva poți pune în acțiune partea personalității tale care oferă compasiune..., atunci când te simți supraîncordat poți activa acea parte a personalității tale care știe să se relaxeze... când ești prea autocritic poți pune în acțiune acea instanță care este mai înțelegătoare și care te ajută să te accepți așa cum ești...

Realizezi faptul că experiența ta este unică și că, indiferent cât de mult ține cineva la tine, dacă îți rupi un picior trebuie să porți un aparat gipsat... nimeni nu-l poate purta în locul tău... există totdeauna limite care ne separă de ceilalți... și este foarte bine așa... deoarece numai astfel poți fi tu însuți... poți să-ți dezvolți plenar toate părțile ego-ului... poți să înveți să le cunoști și să le utilizezi ori de câte ori ai nevoie... Te vei simți foarte mândru de faptul că o poți face... că ai câștigat un bun autocontrol asupra ta... Îți va trebui un timp oarecare pentru a integra noi experiențe, pentru a sistematiza cunoștințele... pentru a te putea bucura din plin de cele învățate... Atunci când vei fi gata... vei putea încheia această plăcută experiență... reorientându-te treptat... atunci când ești gata să o faci... reorientându-te treptat aici și acum... și vei deschide ochii atunci când vei simți nevoia să-i deschizi... când vine timpul să-i deschizi...".

Același autor Yapko (1995) prezintă și câteva dintre strategiile hipnoterapeutice mai frecvent utilizate de el.

1. Modificarea istoriei personale

Aceasta se realizează prin intermediul regresiei și progresiei de vârstă, al disocierii și tehnicii distorsionării timpului.

Această strategie se utilizează mai ales atunci când clientul consideră că problema sa își are originile în deciziile eronate pe care le-a luat în etape timpurii ale existenței sale. De pildă, dacă un client a trăit experiențe de abuz în copilărie și a luat decizia pe bază de generalizare că lumea este abuzivă, că oamenii nu sunt de încredere și că nu te poți baza pe ei, terapeutul va trebui să sugereze regresia de vârstă și apoi să-l ajute pe client să trăiască în plan imaginar experiențe în care să se simtă iubit, îngrijit și protejat de către ceilalți. Odată actualizate disponibilitățile afective de dragoste și protecție, terapeutul îl va ghida să-și revizuiască istoria vieții având respectivele resurse. În felul acesta se poate proceda apoi la modificarea atitudinii clientului față de sine și față de ceilalți.

Subiecții care se implică profund în experiența hipnotică vor fi capabili să integreze noile experiențe sugerate și să le trateze ca făcând parte din istoria lor

reală (unii chiar vor fi convinşi de autenticitatea acestora, în timp ce alţii vor fi doar mulţumiţi de faptul că le-au trăit, conştienţi fiind că ele aparţin experienţei hipnotice.

2. Procesarea evenimentelor psihotraumatizante

Nici o fiinţă omenească nu este scutită de psihotraume severe (decese, pierderi materiale, dezastre) sau minore, specifice vieţii cotidiene. Acestea din urmă, mai ales dacă au avut loc în copilărie (un coleg de clasă a făcut o glumă pe seama subiectului), au un impact foarte puternic asupra vieţii emoţionale a acestuia. Pentru subiectul aflat la vârstă adultă, din punct de vedere emoţional aceste traume par neînsemnate, dar ele pot continua să exercite o influenţă negativă asupra acestuia, generând simptome psihopatologice.

Procesarea incidentului critic în stare de hipnoză presupune sugerarea regresiei şi progresiei de vârstă, retrăirea în plan imaginativ a evenimentului traumatic cu multe detalii (catharsis), disociere şi chiar sugerarea prezenţei unor halucinaţii.

Terapeutul îl va ajuta pe clientul său să se elibereze de încărcătura emoţională produsă de incident (catharsis) şi apoi îl va ghida să îl reinterpreteze, descoperindu-i o nouă semnificaţie.

În cazul în care clientul păstrează amintirea celor petrecute, terapeutul îi va sugera în mod direct să retrăiască situaţia psihotraumatizantă. Dacă însă aceasta a fost uitată sau reprimată parţial (inconştientul subiectului a decis să-l protejeze pe acesta plasând informaţiile traumatizante în afara conştiinţei), terapeutul va trebui să acţioneze cu multă prudenţă, lăsându-l pe client să proceseze în ritmul său personal.

Adresarea de întrebări care să evoce răspunsuri ideomotorii este foarte utilă în astfel de situaţii pentru că îi indică terapeutului ce doreşte inconştientul clientului şi în ce măsură acesta este capabil să se confrunte cu experienţele psihotraumatizante şi cu consecinţele acestora.

3. Prescrierea unor teme pentru acasă

Multe sisteme psihoterapeutice utilizează tehnica temelor pentru acasă pentru fixarea şi amplificarea unor gânduri, sentimente şi comportamente care au fost elaborate în cursul şedinţelor de psihoterapie.

Temele pentru acasă operează la nivelul experienţei directe şi din acest motiv pot influenţa într-o măsură mai mare subiectul decât indicaţiile şi procesările terapeutice desfăşurate în plan verbal.

În cazul în care aceste teme sunt bine gândite, ele vor acţiona la nivel inconştient ca un fel de metafore terapeutice. Atunci când clientul se angajează

într-o anumită activitate care îl va face să se simtă diferit ori de câte ori se confruntă cu gândurile, sentimentele şi comportamentele cu caracter limitativ, schimbarea terapeutică reală va deveni posibilă (Haley, 1973; Madanes, 1981, 1984; Lankton, 1988; Yapko, 1988).

Un tip de temă pentru acasă frecvent utilizată în psihoterapie constă în a-i cere clientului să realizeze un experiment prin intermediul căruia să testeze faptul că o convingere a sa cu caracter eronat nu este adevărată, fiind doar produsul imaginaţiei sale. Astfel de tehnici se utilizează frecvent într-un alt context, în cadrul psihoterapiei cognitiv-comportamentale.

4. Modificarea cadrului de referinţă

Are ca obiectiv destructurarea vechiului sistem de referinţă al clientului, sistem care a condus la apariţia problemei-simptom şi crearea unuia nou, care îi permite să îmbrăţişeze un nou punct de vedere.

În plan metaforic, este vorba de transformarea sticlei pe jumătate goale într-o sticlă pe jumătate plină.

Schimbarea sistemului de referinţă poate acţiona şi invers. Astfel, dacă subiectul manifestă un comportament disfuncţional de care se simte încântat, poate renunţa la acesta dacă terapeutul va eticheta respectivul comportament într-o manieră negativă.

Cu toate acestea, majoritatea intervenţiilor terapeutice de acest tip urmăresc să transforme o situaţie care generează disconfort psihic într-una cu semnificaţie pozitivă. Evidenţiind aspectele pozitive ale situaţiei psihotraumatizante, terapeutul îl va determina pe client să-şi schimbe atitudinea faţă de respectiva situaţie.

Să presupunem că un pacient percepe existenţa în culori extreme (alb-negru) şi din acest motiv îşi fixează imperative categorice de tipul „trebuie neapărat"; terapeutul (Yapko, 1995) îi poate oferi următoarea sugestie:

„Poate aţi văzut testul «petelor de cerneală», test pe care îl utilizează frecvent psihologii ... Subiectul vede un stimul ambiguu ... o pată de cerneală ... şi îi conferă o semnificaţie ... proiectează ceva din sine însuşi asupra petei ... pentru că pata de cerneală nu înseamnă nimic ... ea este doar ceea ce crede subiectul că este ... un stimul ambiguu ... şi care este cel mai ambiguu stimul cu care se confruntă orice om? ... viaţa ... viaţa este ca o pată de cerneală ... unii o percep ca pe o aventură, ca pe o oportunitate ... în timp ce pentru alţii viaţa reprezintă o problemă care trebuie suportată până la capăt ..."

Prin intermediul acestor sugestii, eticheta „viaţa este colorată în alb-negru" devine „viaţa seamănă cu o pată de cerneală".

5. Prescrierea simptomelor

Reprezintă o strategie prin intermediul căreia se cere clientului în mod direct sau indirect să continue să manifeste simptomul pentru care s-a prezentat la psihoterapie.

Atunci când subiectul este încurajat să facă în continuare ceea ce el face deja, dar într-un mod oarecum diferit (se prescrie ca simptomul să se desfăşoare într-un anumit loc şi într-un interval de timp bine precizat), simptomul va fi trăit în mod diferit. Simptomul îşi va pierde astfel caracterul involuntar, transformându-se într-un comportament deliberat şi în felul acesta se va întrerupe secvenţa psihopatologică de interacţiune. Astfel, încurajând un client refractar să reziste la terapie, rezistenţa va fi transformată în cooperare.

Prescrierea simptomului îl transformă pe acesta dintr-un comportament necontrolat într-unul care presupune anumite limite şi pe care pacientul îl poate manipula, pentru că se află sub controlul său. Datorită acestui fapt, subiectul se simte liber să-l modifice în avantajul său (Haley, 1973; Zeig, 1980a, 1980b; Seltzer, 1986; Weeks, 1991).

6. Metaforele psihoterapeutice

Metaforele psihoterapeutice sunt povestiri astfel elaborate încât să se refere în mod indirect la problemele clientului şi să capteze total atenţia acestuia.

Povestirile trebuie prezentate într-o manieră hipnotică, cu modulări ale vocii, formulări sugestive şi incluzând reacţiile clientului în plan verbal sau non-verbal.

Prezentăm mai jos o povestire metaforică elaborată pentru un pacient cu tulburări de adaptare la situaţiile schimbătoare ale vieţii (după Yapko, 1995, p. 132).

„... îţi aminteşti de ultima ta vizită la grădina zoologică ... un loc interesant, unde ai multe lucruri de învăţat despre viaţă ... pentru că o grădină zoologică îţi arată o multitudine de forme de existenţă ... tot felul de fiinţe ... fiecare cu trăsăturile sale caracteristice ..., trăsături care le ajută să supravieţuiască ... Remarci că unele animale au dimensiuni mari, altele sunt foarte mici ... unele se hrănesc noaptea ... altele ziua ... unele sunt agresive ... altele fricoase ... unele se târăsc ... altele zboară ... unele se ascund în pământ, în timp ce altele îşi schimbă culoarea ... Este minunat să priveşti aceste animale şi să înveţi lecţia naturii ... să înveţi să te adaptezi la clima schimbătoare ... la lucruri diferite ... lecţia vieţii e profundă, chiar dacă este uneori dură ... dar nimic nu este mai plăcut decât să reuşeşti să te adaptezi eficient ... şi să te bucuri de rezultatele obţinute ..."

V. Hipnoza în terapia comportamentală şi cognitivă

Gibson şi Heap (1991) realizează o trecere în revistă a aplicaţiilor hipnozei în acele demersuri terapeutice menite să modifice în mod direct şi sistematic gândurile şi comportamentele subiecţilor. Aceste tehnici ţin de terapia cognitiv-comportamentală.

Hipnoterapeutul specializat în acest gen de abordare trebuie să stăpânească foarte bine atât tehnicile hipnozei clinice, cât şi pe cele ale terapiei cognitiv-comportamentale. Cele mai importante tehnici ale terapiei comportamentale sunt următoarele:

a) *Instrucţiunile verbale*

O modalitate de multe ori neglijată, de a-i învăţa pe pacienţi comportamente dezirabile, constă în a le spune pur şi simplu ce anume trebuie să facă. Practica terapeutică a demonstrat faptul că mulţi pacienţi pun mare preţ pe instrucţiunile administrate de către psihoterapeut şi chiar le aplică în situaţii concrete:

„Mi-am amintit că mi-aţi spus să-mi ţin respiraţia sub control şi să nu mă reped să fac totul deodată" – afirma unul dintre pacienţii aflaţi în terapie.

b) Repetarea (Exersarea)

Noile modalităţi adaptative de răspuns descrise prin intermediul instrucţiunilor verbale trebuie repetate de mai multe ori înainte ca ele să fie încorporate în repertoriul comportamental al subiectului.

c) Ajustarea reacţiei dorite

Comportamentul dezirabil indus de către terapeut se ajustează prin întăriri pozitive şi negative succesive. Acestea pot reprezenta recompense materiale

(dulciuri, anumite feluri de mâncare sau băuturi preferate) sau verbale (laude, aprecieri etc.).

d) Condiţionarea aversivă

La începuturile terapiei comportamentale se utilizau stimuli negativi sau chiar nocivi (admonestare verbală, sunet puternic sau şoc electric uşor), ori de câte ori pacientul realiza sau avea tendinţa puternică de a declanşa un comportament inacceptabil.

Această metodă a fost aplicată în terapia tulburărilor de conduită, a deprinderilor greşite, precum şi în cazul „ruminaţiilor" obsesive.

În ultimul timp s-a renunţat în mare măsură la acest gen de terapie atât din motive etice, cât şi datorită faptului că problemele-simptom aveau tendinţa să reapară imediat după încetarea condiţionării aversive.

e) Desensibilizarea

Această tehnică se referă la asocierea unui stimul care declanşează o emoţie negativă cum ar fi teama, cu o stare afectivă incompatibilă cu acea emoţie, ca de pildă relaxarea. În felul acesta, potenţialul stimulului iniţial de a declanşa o emoţie negativă este slăbit în mod progresiv. Metoda este utilizată cu succes în cazul reacţiilor fobice.

f) Decondiţionarea

Această tehnică seamănă foarte mult cu terapia aversivă. În acest caz, un stimul care declanşează o reacţie emoţională pozitivă, dar indezirabilă (ca în cazul consumului de alcool, al fumatului etc.), este sistematic asociat cu un răspuns negativ (cum ar fi, de pildă, greaţa).

Potenţialul stimulului iniţial va fi şi de această dată slăbit, subiectul manifestând tendinţa de înlocuire a reacţiei pozitive cu cea negativă (de pildă, fumatul va declanşa senzaţia de greaţă).

Metoda decondiţionării se aplică mai ales în cazul deprinderilor greşite: fumat, consum de alcool, droguri şi chiar în cazul unor comportamente sexuale deviante.

g) Expunerea, imersiunea şi prevenirea răspunsului

Elementul comun al acestor tehnici constă în aceea că pacientul este expus situaţiilor care îi produc teamă până când anxietatea se reduce prin intermediul obişnuirii, iar răspunsurile de evitare sunt eliminate. Astfel, în cazul tulburării obsesive, pacientului i se va interzice executarea ritualului obsesiv.

h) Modelarea

Pacientul observă o altă persoană care realizează cu succes comportamentul dorit. Uneori, acesta urmăreşte modul în care persoana respectivă este recompensată pentru succes şi sancţionată în cazul în care a comis vreo eroare. Modelarea are o gamă largă de aplicaţii practice, îndeosebi în antrenarea deprinderilor sociale şi în terapia copiilor.

Tehnicile comportamentale în plan imaginativ

În timp ce tehnicile descrise mai sus se realizează în plan real („in vivo"), există şi tehnici care se aplică în plan mental („in vitro"). Una dintre cele mai cunoscute tehnici de acest tip este cea a *desensibilizării sistematice* a lui Wolpe (1958).

Conform acestei metode, pacientul învaţă la început o tehnică de realizare şi apoi i se cere să-şi imagineze în mod progresiv situaţii tot mai anxiogene, până când reacţia anxioasă dispare.

Tehnica opririi gândurilor face parte din aceeaşi categorie de metode şi se utilizează mai ales în cazul gândurilor obsesive. Pacientul este instruit să-şi spună în gând cuvântul „stop" imediat ce devine conştient de apariţia gândurilor obsesive şi apoi să redirecţioneze atenţia spre imagini agreabile sau măcar neutre.

Tehnicile cognitive

Terapeuţii de orientare cognitivă, cum ar fi Ellis (1962) şi Beck (1976), deşi erau de acord cu metodele comportamentale, au accentuat rolul gândurilor în producerea unor stări afective negative cum ar fi: anxietatea, depresia, culpabilitatea sau furia.

Conform concepţiei lor, pentru a modifica starea afectivă este necesară schimbarea cogniţiei.

Stările psihopatologice, cum ar fi anxietatea cronică sau depresia, sunt generate de distorsionările cognitive ale subiecţilor ce dau naştere la reprezentări în care lumea exterioară apare ca fiind ameninţătoare, deprimantă sau în care subiectul se simte lipsit de speranţă.

Terapeutul este cel care trebuie să-l ajute pe pacient să-şi recunoască deprinderile negative de gândire, să conştientizeze caracterul lor patologic şi, în cele din urmă, să le înlocuiască cu modele mai realiste de interpretare a realităţii.

Se pune problema cum poate fi combinată hipnoza cu aceste tehnici terapeutice. Este evident faptul că hipnoza va avea un rol mult mai important în cadrul metodelor aplicate în plan imaginativ. În ceea ce priveşte aplicarea acesteia în cazul expunerilor în plan real („in vivo"), hipnoza va juca un rol limitat, ea fiind utilizată pentru managementul anxietăţii în fazele incipiente ale terapiei.

Aplicaţiile hipnozei în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale vizează următoarele aspecte:

1. Sugestiile posthipnotice

Instrucţiunile terapeutice verbale acţionează mult mai eficient dacă sunt transformate în sugestii posthipnotice (Spanos, Demoor şi Barter, 1973).

De regulă, aceste sugestii îmbracă forma următoare:

„De îndată ce vei face/ gândi/ simţi X, imediat vei face/ simţi/ gândi Y".

Barabasz (1987, p. 149), care a tratat cu succes trei din patru cazuri de tricotilomanie (tendinţa compulsivă a subiectului de a-şi smulge părul), a administrat următoarele sugestii posthipnotice cu caracter permisiv: „Vei deveni imediat conştient atunci când vei duce mâna la cap şi depinde de tine ceea ce urmează să faci. Tu ai controlul, tu ai puterea de a controla totul... Nimeni altcineva, nici deprinderea ta, nu are puterea să te controleze. Poţi să-ţi smulgi părul dacă doreşti sau poţi alege să-ţi controlezi deprinderea greşită".

Wright şi Humphreys (1984) au utilizat hipnoza în procesul desensibilizării în plan imaginativ în două cazuri de comportament sexual deviant, un exhibiţionist şi un travestit (subiectul obişnuia să fure haine de damă).

Terapeutul a asociat cuvântul-cheie „poliţia" cu scena aversivă în care pacientul era arestat. Au fost administrate sugestii potrivit cărora ori de câte ori terapeutul va pronunţa cuvântul-cheie, scena aversivă va apărea cu multă claritate pe ecranul mintal al subiectului.

Sugestia posthipnotică s-a referit la faptul că ori de câte ori pacientul se va gândi să îndeplinească actul indezirabil, scena aversivă îi va apărea în minte împreună cu starea emoţională care o însoţeşte.

Sugestiile posthipnotice s-au dovedit utile, deoarece, în cazul lor, subiectul declanşa în mod automat răspunsurile dorite de către terapeut.

Măsura în care pacientul va reacţiona în mod automat la acest gen de sugestii va depinde de nivelul susceptibilităţii sale hipnotice.

2. Hipnoza în terapia cognitivă

Sugestiile posthipnotice pot fi utilizate pentru optimizarea procesului de restructurare cognitivă. Acest proces constă în înlocuirea gândurilor iraţionale dezadaptative cu modalităţi mai realiste de gândire.

Pacienţilor li se cere să-şi monitorizeze gândurile ori de câte ori simt anxietate, furie, gelozie sau depresie. Odată identificate, gândurile negative vor fi înlocuite cu gânduri alternative, mai raţionale.

Sugestiile posthipnotice au în aceste cazuri menirea de a fixa şi întări modele alternative de gândire, formate în cursul psihoterapiei.

Tehnica întăririi ego-ului. Hartland (1971) a pus la punct un set de sugestii menite să mărească încrederea pacientului în forţele proprii, să-i îmbunătăţească imaginea de sine şi să-i confere un sentiment de bunăstare personală.

Sugestiile de întărire a ego-ului au fost prezentate în detaliu în capitolul care se referă la principiile generale ale hipnoterapiei.

Heap (1985) şi Ross (1985) au adus critici acestui gen de sugestii considerând că ele au un caracter prea general şi nu sunt însoţite de imagini care să faciliteze experienţele pe care trebuie să le trăiască subiectul. Astfel, sugestii de tipul „gândeşti din ce în ce mai clar", „vei fi tot mai puţin tulburat", „memoria ta se va îmbunătăţi", „te vei simţi tot mai fericit" etc. implică experienţe deosebit de complexe şi este greu de crezut că subiecţii vor răspunde la ele în acelaşi mod în care răspund la sugestiile de levitaţie a braţului, la sugerarea unei imagini agreabile sau a unui gând ori acţiuni precis determinate.

Heap (1985) este de părere că, pentru a mări eficienţa sugestiilor de întărire a ego-ului, terapeutul trebuie să fie mult mai exact în sugerarea unor răspunsuri comportamentale, cognitive şi fiziologice care să inducă stări de optimism, încredere, forţă şi calm.

Acest lucru se poate realiza prin intermediul sugestiilor posthipnotice sau prin sugerarea reamintirii unor situaţii când pacientul a trăit cu adevărat stările afective dorite.

Utilizarea imaginii cu caracter simbolic poate contribui şi ea la facilitatea sugestiilor de întărire a ego-ului. Astfel, terapeuţii specializaţi în hipnoterapie la copii utilizează un model de întărire a ego-ului în care copilului i se sugerează că mănâncă „biscuiţii magici" care conţin drept ingrediente toate lucrurile bune şi experienţele pozitive pe care le-a trăit pe parcursul vieţii.

Fromm (1968) utilizează tot pentru întărirea ego-ului metafora unui copac ce se înalţă spre cer şi care îşi extrage din pământ o nouă sevă, iar Gibbson (1979) evocă imaginea unor scări din interiorul unei catedrale pe care trebuie să le urce pacientul sau pe cea a unui curcubeu pe care acesta se caţără.

Terapeutul poate crea propriile sale imagini pentru întărirea eului, imagini care sunt adaptate la fiecare pacient în parte.

3. Utilizarea unor tehnici hipnotice în tratamentul anxietăţii şi în managementul stresului

O mare parte a tehnicilor hipnotice au fost puse la punct de către hipnoterapeuţii de orientare cognitiv-comportamentală pentru a reduce stările de tensiune, anxietate şi panică. Aproape toate aceste tehnici fac apel la sugestiile hipnotice şi posthipnotice, precum şi la tehnica imaginării dirijate.

4. Autohipnoza

Inducţia hipnotică prin ea însăşi reprezintă o experienţă relaxantă. Majoritatea specialiştilor sunt însă de părere că pacientul nu trebuie să fie dependent

de psihoterapeut pentru a obține starea de relaxare și, din acest motiv, el trebuie să-și însușească o tehnică de autohipnoză.

Procedura constă în a-i sugera pacientului aflat în stare de hipnoză că se va relaxa sau că va intra în hipnoză parcurgând aceleași etape pe care le-a parcurs împreună cu terapeutul său (fixarea unui punct, numărarea și imaginarea faptului că se află în locul preferat, unde se simte liniștit și în deplină siguranță). Se poate programa, prin intermediul unor sugestii posthipnotice, perioada cât va dura autohipnoza sau se pot administra sugestii de tipul următor:

„De îndată ce dorești să devii activ și să ieși din hipnoză, vei număra în gând de la cinci la unu, pregătindu-te să deschizi ochii atunci când vei ajunge cu numărătoarea la unu. Când vei ajunge la unu, te vei simți vioi, alert, perfect orientat în spațiu și timp și gata să faci față problemelor cu care te vei confrunta în restul zilei, relaxat, calm și încrezător".

Pentru practicarea eficientă a autohipnozei este necesar ca sugestiile posthipnotice să cuprindă și unele asigurări pentru pacienți:

- subiectul trebuie asigurat că autohipnoza este total lipsită de pericol și că acesta își va păstra permanent autocontrolul putând face față oricărei situații în care i se cere să acționeze (astfel, dacă cineva bate la ușă sau sună telefonul, subiectul va deschide imediat ochii, va fi pe deplin treaz, orientat și gata să întreprindă ceea ce are de făcut);
- în al doilea rând, este important să se sugereze faptul că pacientul va practica autohipnoza doar în acele locuri și intervale de timp când se află în deplină sigunanță și este util să aplice metoda respectivă.

Cercetările experimentale au evidențiat faptul că practicarea timp de 20 de minute a autohipnozei sau a unei simple metode de relaxare contribuie la reducerea simțitoare a efectelor stresului cotidian (Benson, 1975).

Pentru unii pacienți este util ca în timpul autohipnozei să practice și o tehnică de imagerie dirijată care să se refere la problemele lor sau pur și simplu la întărirea eului.

Autohipnoza poate fi combinată și cu sugestii directe după modelul lui Cone („mă simt din ce în ce mai bine" etc.) sau cu tehnici de gimnastică respiratorie, aceasta din urmă fiind indicată mai ales pentru pacienții anxioși, înclinați spre hiperventilație.

Tot mai mulți terapeuți sunt de acord cu faptul că unul dintre factorii favorizanți în apariția anxietății și atacurilor de panică îl reprezintă respirația accelerată, care are drept consecință reducerea nivelului bioxidului de carbon din sânge.

Pacienții care respiră prea rapid trebuie instruiți să înțeleagă mecanismele hiperventilației și apoi să-și însușească exerciții de respirație abdominală

(diafragmatică), în ritmuri lente și controlate. Acestora li se poate administra și sugestia că, dacă vor respira în maniera indicată, ei vor regla nivelul bioxidului de carbon din sânge și că acest lucru va reduce probabilitatea apariției atacurilor de panică.

Pentru marea majoritate a pacienților anxioși se recomandă tehnicile de relaxare combinate cu respirație diafragmatică lentă și cu pronunțarea unor cuvinte-cheie care să sugereze calmul și starea de bine psihologic (cuvintele pot fi: „calm", „pace", „relaxare" etc.).

Li se poate cere, de asemenea, pacienților să pună accentul pe expirație, spunându-și în gând formule care să sugereze ușurarea, destinderea sau faptul că încordarea iese din corp.

O altă tehnică utilă în astfel de cazuri constă în localizarea tensiunii în corp (de pildă în stomac, în zona umerilor, cefei etc.). Apoi, pacientul trebuie să atribuie tensiunii respective o culoare, urmând ca în timpul expirației să-și imagineze că elimină un abur de culoarea respectivă, corpul său rămânând relaxat.

În timpul autohipnozei, pacientul poate aplica și tehnica antrenamentului mintal, în cadrul căreia își imaginează că realizează cu succes o sarcină care i-a creat probleme sau face față unei situații dificile.

5. Rolul sugestiilor posthipnotice în tulburările anxioase și managementul stresului

Efectul metodelor prezentate mai sus poate fi întărit prin intermediul sugestiilor posthipnotice. În astfel de cazuri, conținutul sugestiilor posthipnotice poate lua forma următoare:

„De îndată ce vei constata că apare o senzație de tensiune în zona abdominală, cuvântul relaxare îți va apărea imediat în minte și vei începe să respiri calm și liniștit etc.".

Dacă pacientul a fost instruit să-și imagineze o scenă relaxantă, cuvântul-cheie cuprins în cadrul sugestiei posthipnotice va avea drept scop evocarea scenei respective.

6. Tehnica „pumnului strâns"

Se utilizează tot în psihoterapia anxietății și constă în folosirea unor sugestii și a unor condiționări bazate pe acte motrice. Tehnica propriu-zisă constă în a solicita pacientul să-și concentreze atenția asupra zonelor încordate din interiorul corpului său. În continuare i se cere să facă mâna stângă pumn, fără a strânge prea tare degetele și apoi să-și imagineze că întreaga tensiune și încordare din corp se îndreaptă spre pumn, care devine tot mai strâns și mai încordat, pe măsură ce corpul se relaxează tot mai mult. Pacientul va inspira și va expira

apoi lent, numărând de la cinci la unu pe expirație. Pe măsură ce acesta numără și expiră, pumnul se desface încet, brațul și mâna se relaxează și tensiunea se împrăștie în jur, lăsând întregul corp tot mai relaxat și mai liniștit.

Acest exercițiu se va practica de mai multe ori în stare de hipnoză sub îndrumarea terapeutului, fiind apoi întărit prin intermediul unor sugestii posthipnotice, care au drept obiectiv să-l determine pe pacient să-l utilizeze în situațiile de viață în care simte încordare.

Stein (1963) a elaborat o tehnică similară în care se utilizează însă ambii pumni. O mână, de regulă cea non-dominantă, este rezervată emoțiilor negative, în timp ce cealaltă, emoțiilor pozitive. Pentru a activa stările pozitive, pacientului i se cere să-și imagineze cu lux de amănunte un eveniment sau o situație în care s-a simțit puternic, încrezător și cu un foarte bun autocontrol și, pe măsură ce își imaginează acest lucru, i se cere să formeze și să strângă apoi pumnul mâinii drepte.

Pacientului i se va sugera apoi ca în situațiile de viață să-și alunge stările afective neplăcute strângând pumnul stâng și apoi relaxându-l pentru a se elibera de energiile negative. Stările afective indezirabile vor fi apoi înlocuite cu sentimente pozitive, evocate pnin strângerea pumnului drept.

Pentru a fi încununată de succes, tehnica trebuie repetată de mai multe ori.

Basker (1979) a obținut rezultate foarte bune cu această metodă la agorafobici, iar Stanton (1988) a relatat aceleași rezultate la subiecții cu fobii diverse.

7. Tehnica „decentrării" ego-ului

Această tehnică a fost elaborată de Heap (1985 a) și se utilizează mai ales în cazul fobiilor sociale. Pacienții care suferă de această tulburare sunt extrem de atenți la modul în care se prezintă și consideră că ceilalți le acordă o atenție mult mai mare decât o fac în realitate.

Mai mult, în cazul în care sunt cuprinși de anxietate, ei consideră că ceilalți oameni sunt conștienți de starea prin care trec și îi judecă cu asprime. Acești subiecți se simt foarte intimidați de unele aspecte vizibile ale anxietăților (de pildă, de faptul că transpiră sau se înroșesc) sau de unele aspecte mai particulare ale aspectului lor fizic, considerând că toată lumea îi privește și îi critică.

Rolul tehnicii decentrării ego-ului constă în a-i ajuta pe acești pacienți să aibă o atitudine mai realistă referitoare la faptul că propria lor persoană și defectele lor îi interesează pe ceilalți mult mai puțin decât își închipuie.

Prezentăm, pentru exemplificare, un studiu de caz, după Gibson și Heap (1991, p. 71). Domnul J. suferea de torticolis de mai mulți ani și, în ciuda terapiilor clasice sau alternative, afecțiunea nu s-a remis, pacientul ținând capul aplecat spre dreapta majoritatea timpului. Tulburarea era și mai evidentă atunci când pacientul se simțea anxios. Subiectul era foarte preocupat de tulburarea sa și avea chiar perioade lungi când nu ieșea din casă din cauza acesteia, el evitând mai ales străzile centrale, magazinele mari, mijloacele de transport în comun și locurile aglomerate.

Psihoterapiile de tip explorator nu au dat nici un rezultat în acest caz. Demersul psihoterapeutic aplicat de către Heap (1991) a avut drept obiectiv reducerea anxietății datorate centrării exagerate pe propria persoană. Terapeutul a pornit de la un hobby al pacientului, și anume acela de a fi pictor amator, preferința lui îndreptându-se spre peisaje. În timp ce picta, pacientul se simțea relaxat și gâtul său se îndrepta complet.

După inducția hipnotică și adâncirea transei, terapeutul i-a cerut pacientului să-și imagineze faptul că picta peisajul său favorit simțindu-se calm și relaxat. I-a sugerat că întreaga sa atenție era absorbită de peisaj, de culori, umbră, sunete, mirosuri etc., precum și faptul că el nu avea nici o influență asupra peisajului care rămânea la fel chiar dacă pacientul nu ar fi fost acolo. În continuare, i s-a sugerat că se plimbă pe strada principală, trecând printr-o mulțime de oameni, dar trăind aceeași stare afectivă ca atunci când picta peisajul.

Sugestiile următoare au avut menirea să-l solicite să vizualizeze scena ca și cum ar fi pictat-o, concentrându-și toată atenția asupra oamenilor, magazinelor, traficului etc. Au fost administrate sugestii puternice în sensul că pacientul nu avea nici o influență asupra scenei vizualizate, că lucrurile rămâneau la fel și în absența sa, că oamenii mergeau, vorbeau, se mișcau sau priveau în jurul lor, fără să-i acorde nici o atenție. În continuare, i s-a sugerat să se ridice deasupra scenei și să privească în jos, văzându-se pe sine printre ceilalți, neînsemnat, arătând exact la fel ca toți oamenii de pe stradă. Secvența sugestivă a fost repetată de mai multe ori în stare de hipnoză și întărită prin intermediul unor sugestii posthipnotice de tipul următor:

„Ori de câte ori vei deveni conștient de sentimentele tale de inferioritate, de faptul că ceilalți te privesc și te critică, vei comuta imediat atenția de la propria persoană la scena care se derulează în jurul tău".

Deși torticolisul pacientului nu a dispărut complet, acesta a devenit mai puțin deranjant, iar anxietatea sa în situații sociale a scăzut simțitor, pacientul reluându-și majoritatea activităților sociale.

8. Regresia de vârstă în terapia cognitiv-comportamentală

Deși regresia de vârstă reprezintă o metodă specifică hipnoanalizei, aceasta poate fi utilizată în anumite limite și în cadrul unor demersuri cognitiv-comportamentale.

Tehnica regresiei de vârstă solicită pacientul, aflat în stare de transă hipnotică, să-şi imagineze faptul că se întoarce în timp şi retrăieşte un anumit eveniment ca şi cum s-ar fi petrecut în momentul respectiv.

Regresia de vârstă se referă, de regulă, la amintiri din trecutul îndepărtat, mai ales din copilăria subiectului, în timp ce rememorarea vizează retrăirea unor evenimente de dată mai recentă (Heap şi Gibson, 1991, p. 72).

Regresia şi rememorarea se aplică în terapia cognitiv-comportamentală în următoarele situaţii:

- *Obţinerea unor informaţii suplimentare care să faciliteze demersul de restructurare cognitivă.*

Terapeutul îl va ghida pe pacient să identifice comportamentele disfuncţionale şi modelele de gândire negativă care stau la baza acestora şi care produc stări afective negative cum ar fi anxietatea sau depresia. Deoarece, adesea, pacienţii au dificultăţi în identificarea gândurilor negative automate, tehnica rememorării unor situaţii cu încărcătură emoţională deosebită poate furniza atât pacientului, cât şi terapeutului informaţii suplimentare.

- *Facilitarea accesului la stări afective şi atitudini pozitive cum ar fi încrederea în sine, starea de calm şi asertivitatea.*

Simpla solicitare a pacientului să retrăiască cu lux de amănunte o experienţă pozitivă are un rol terapeutic evident. Astfel, Matheson (1979) a descris utilizarea regresiei de vârstă cu retrăirea unor experienţe fericite din copilărie în tratamentul pacienţilor depresivi (cu depresie nevrotică).

Heap (1991) a tratat un pacient cu scleroză multiplă care a solicitat hipnoza pentru a-l ajuta să-şi menţină încrederea în sine şi să lupte mai eficient cu boala.

Anamneza a evidenţiat faptul că, în adolescenţă, pacientul fusese sportiv de performanţă şi câştigase mai multe medalii la nataţie. Terapeutul a indus hipnoza şi l-a regresat pe pacient la vârsta când a luat prima medalie, sugerându-i să retrăiască stările de încredere în sine, forţa şi mobilizarea voinţei, stări pe care le încercase în acea perioadă. Au fost administrate apoi sugestii posthipnotice menite să evoce aceste stări prin intermediul imaginilor legate de competiţia sportivă. S-a exersat, de asemenea, în stare de hipnoză, transferarea stărilor de forţă şi încredere de la situaţia în care ele s-au manifestat pentru prima oară la noile situaţii de viaţă. Pacientul a considerat că acest gen de imagerie dirijată i-a fost utilă mai ales atunci când se trezea dimineaţa şi trebuia să facă faţă problemelor unei noi zile.

Facilitarea reinterpretării şi reconstrucţiei unui eveniment semnificativ, precum şi imaginarea situaţiei în care pacientul face faţă mai bine respectivului eveniment.

I se poate sugera pacientului aflat în stare de hipnoză să-şi imagineze faptul că utilizează anumite abilităţi pentru a face faţă unei situaţii din trecut, situaţie în care nu s-a descurcat în mod corespunzător.

Abilităţile de a face faţă situaţiei respective pot fi dezvoltate şi antrenate prin intermediul unor programe de management al stresului şi prin terapie asertivă.

Pacientului i se va sugera apoi să-şi imagineze faptul că face faţă unor situaţii viitoare, utilizând acelaşi tip de strategii.

- *Dezvăluirea unor amintiri uitate care au legătură cu problema prezentă.*

Acest tip de aplicaţie a metodei regresiei de vârstă şi a rememorării ţine mai ales de domeniul terapiei psihodinamice.

Cu toate acestea, programele cognitiv-comportamentale pot beneficia şi ele de informaţii vizând dezvăluirea unor amintiri uitate, informaţii ce pot fi utilizate în identificarea şi modificarea modelelor de gândire negativă, care stau la baza problemei-simptom, deoarece aceste cogniţii negative îşi au originea undeva în istoria vieţii pacientului. Identificarea şi conştientizarea acestora îl pot ajuta pe pacient să înţeleagă faptul că ele nu mai sunt valabile în viaţa de adult.

Astfel de informaţii pot fi dobândite şi în afara hipnozei, dar aceasta din urmă poate facilita şi accelera procesul de obţinere a lor.

9. Progresia de vârstă

Tehnica progresiei de vârstă presupune ca pacientului aflat în stare de hipnoză să i se sugereze că se deplasează în viitor, unde îşi imaginează diverse situaţii.

Terapeuţii comportamentalişti solicită pacienţii să repete în plan mental, în stare de hipnoză, faptul că vor face faţă cu bine situaţiilor care îi solicită.

Foarte mulţi pacienţi anxioşi sau fobici afirmă despre ei că nu se pot imagina confruntându-se cu situaţia care le produce teamă.

Antrenarea mentală în relaxare sau în hipnoză a unui mod pozitiv, dar realist de a se confrunta cu situaţiile viitoare utilizând noile deprinderi învăţate, precum şi noile modele de gândire se poate realiza atât în şedinţele de psihoterapie, cât şi în cursul autohipnozei, rezultatele putând fi fixate şi întărite prin intermediul unor sugestii posthipnotice.

Un alt motiv pentru care hipnoterapeutul recurge la „progresia în viitor" constă în aceea că prin repetarea mentală a unor soluţii de rezolvare a problemei-simptom, terapeutul va putea verifica dacă soluţiile respective sunt viabile şi pot fi puse în aplicare. Adesea, la pacienţi apar blocaje ascunse (datorate unor conflicte reale sau imaginare), blocaje care pot contracara punerea în practică a soluţiilor terapeutice. De pildă, o persoană cu anorexie nervoasă începe să

câştige în greutate în urma psihoterapiei, şi acest lucru o face mai atrăgătoare sub aspect sexual; este posibil ca anxietatea sa, legată de această problemă, să blocheze demersul terapeutic viitor. În cazul în care astfel de conflicte nu sunt abordate terapeutic, rezultatele hipnoterapiei vor fi de scurtă durată.

Terapeutul poate sugera pacientului aflat în stare de hipnoză să se proiecteze în viitor, într-un timp în care problema sa nu mai există. Această strategie evidenţiază atât anxietăţile legate de schimbare, cât şi avantajele pe care le implică renunţarea la simptom. De pildă, o persoană obeză, angajată într-un program terapeutic de scădere în greutate, poate fi solicitată să-şi imagineze în stare de hipnoză că este subţire, sănătoasă, în cea mai bună formă fizică şi că se află pe plajă purtând costumul de baie favorit.

Astfel de procedee contribuie la creşterea motivaţiei pacientului în direcţia schimbării.

VI. Hipnoanaliza

Caracterizarea generală şi metodele hipnoanalizei

În multe afecţiuni nevrotice sau psihosomatice, simptomul se manifestă ca o reacţie de apărare a eului pacientului împotriva unor conflicte mai profunde sau mai superficiale.

Diversele simptome (reacţiile de vomă, alergiile, atacurile de astm etc.) reprezintă mesaje ale organismului prin care acesta comunică faptul că ceva nu e în regulă cu el, cerând în mod inconştient ajutor.

Anumite expresii utilizate de pacienţi sunt, de fapt, indicatori-simboluri ale conflictelor psihologice care stau la baza îmbolnăvirilor. Astfel, expresia „mi se face silă de pisălogeala ta“ se poate traduce, în plan somatic, printr-o reacţie de vomă.

O mare cantitate de agresivitate sau frustrare, care nu e exprimată verbal, se poate manifesta sub forma unor simptome. Medicii au constatat că persoanele care nu se ceartă niciodată îşi exprimă frecvent nemulţumirea prin simptome corporale. Este cunoscut faptul că artritele reumatoide apar la persoanele care au acumulat o cantitate mare de nemulţumire refulată, în timp ce insomnia poate ascunde o teamă inconştientă de moarte, iar în cazul colitelor ulceroase, psihosomaticienii spun că pacientul se „roade pe dinăuntru“ din cauza eforturilor pe care le face pentru a scăpa de problema sa.

Dacă psihotraumele şi conflictele mai recente şi mai superficiale pot fi abordate prin simpla hipnoterapie centrată exclusiv pe simptom, în cazul conflictelor mai severe este absolut necesară terapia de profunzime care vizează

descoperirea acestor conflicte, a reacţiilor emoţionale asociate, terapia încheindu-se cu ajutarea pacientului să le cunoască şi să le facă faţă.

O astfel de abordare se realizează prin intermediul hipnoanalizei care îmbină tehnicile de hipnoză cu unele metode specifice psihanalizei. Hipnoanaliza utilizează aceleaşi tehnici de inducţie şi adâncire a transei hipnotice, după care recurge la procedee specifice psihanalizei. Hipnoanaliza are, faţă de psihanaliză, avantajul că reprezintă o psihoterapie de scurtă durată. Ea îl ajută pe pacient să se elibereze de simptomele de care doreşte să scape, contribuind totodată şi la restructurarea mai profundă a personalităţii acestuia prin accesul la anumite zone ale inconştientului, unde s-au structurat conflictele generatoare de simptome.

Hipnoza, prin atenuarea rezistenţelor la psihoterapie, scurtează durata tratamentului comparativ cu psihanaliza clasică. În medie, cura hipnoanalitică totalizează 20 de şedinţe, ceea ce înseamnă relativ puţin comparativ cu o cură psihanalitică ce durează 2-3 ani.

Diferenţa esenţială faţă de psihanaliză constă în aceea că terapeutul hipnoanalist nu rămâne pasiv până când rezistenţele pacientului cedează, ci le atacă frontal, înainte ca acestea să compromită succesul psihoterapiei sau, în unele situaţii, ignoră această rezistenţă. Singurul criteriu de selecţie a pacienţilor pentru hipnoanaliză este gradul lor de hipnotizabilitate.

Cu cât se obţine o transă mai profundă, cu atât hipnoanaliza are şanse mai mari, pacientul accesând mai uşor amintiri şi conflicte uitate din trecutul său, care îi produc simptome nevrotice sau psihosomatice. O transă mai profundă facilitează şi producerea amneziei posthipnotice, care îl va proteja temporar pe pacient de amintiri prea penibile, ce vor fi aduse în planul conştiinţei abia atunci când acesta se va simţi suficient de puternic ca să le facă faţă.

Wolberg consideră că scopurile rezonabile ale unei psihoterapii scurte de tip hipnoanalitic ar fi:

- reducerea simptomelor;
- revenirea la nivelul de funcţionare psihică dinainte de îmbolnăvire;
- înţelegerea de către pacient a naturii factorilor care au favorizat îmbolnăvirea;
- recunoaşterea de către pacient a unor perturbări ale personalităţii care îl împiedică să se adapteze în mod eficient la mediu;
- conştientizarea modului în care se produc simptomele (psihice şi somatice), structurate pe baza experienţelor psihotraumatizante trecute şi a condiţionărilor din copilărie;
- recunoaşterea de către pacient a legăturii dintre conflictele trecute şi boala prezentă.

Hartland (1975) consideră că hipnoanaliza prezintă două etape principale:

a) analitică – se referă la descoperirea de către pacient a conflictelor inconştiente care sunt generatoare de simptome.
b) sintetică – prin intermediul „insight"-ului şi reeducării, pacientul este ajutat să-şi elaboreze noi deprinderi de gândire şi noi modele de comportament şi, în consecinţă, să-şi reconstruiască încrederea în sine, în capacitatea sa de autocontrol şi de a face faţă existenţei aşa cum este ea.

Hipnoanaliza reprezintă, deci, o modalitate prin care terapeutul se adresează ego-ului inconştient al pacientului; acest demers se realizează mai direct şi mai rapid în comparaţie cu psihanaliza.

Psihanaliza clasică utilizează patru tehnici de descoperire a conflictelor inconştiente, toate acestea putând fi aplicate şi în cazul hipnoanalizei:

1) tehnica asociaţiilor libere;
2) interpretarea rezistenţelor şi a mecanismelor de apărare;
3) analiza transferului;
4) interpretarea viselor.

• Asociaţiile libere

Tehnica este asemănătoare cu cea a psihanalizei clasice, diferenţa constând în aceea că în hipnoanaliză demersul are loc în transa hipnotică, iar procesul asociativ apare mai frecvent sub forma imaginării. Pacientul e încurajat să ia act de diversele imagini, gânduri, asociaţii care îi trec prin minte, indiferent dacă legăturile dintre ele i se par logice sau nu.

Însăşi inducţia hipnotică va înlătura unele rezistenţe la asociaţia liberă. Asociaţiile se realizează mai uşor în hipnoză şi adesea o singură şedinţă va furniza mai multe informaţii decât câteva şedinţe în stare de veghe.

Transa medie este, de regulă, suficientă pentru ca pacientul să furnizeze un material semnificativ psihoterapeutului. Hipnoanalistul trebuie să asculte în mod pasiv şi să evite întreruperea fluxului normal al asociaţiilor pacientului (care vorbeşte liber), notând ce spune şi cum se exprimă acesta. Dacă el remarcă ceva deosebit, trebuie să-l interogheze pe pacient în legătură cu problema neclară, direcţionând fluxul asociaţiilor acestuia pe canalul dorit. Dacă pacientul se blochează, terapeutul pune mâna pe fruntea acestuia şi comandă:

„Voi număra până la 5 şi când voi ajunge cu numărătoarea până la 5, îţi va veni în minte cuvântul sau imaginea care are legătură cu ceea ce ai spus înainte" (Hartland, 1978).

• Mecanismele de apărare şi rezistenţele

În psihanaliză, terapeutul interpretează rezistenţele pacientului. De pildă, când pacientul întârzie, terapeutul îi dezvăluie ce se ascunde în spatele întârzierii –

un mecanism de apărare a eului: întârziind, pacientul încearcă să evite să se ocupe de problemele sale timp de 50 de minute sau, când întârzie frecvent, el poate dori în mod inconştient să-şi provoace terapeutul să-l dea afară. Psihanalistul interpretează aceste fenomene pentru pacient. Hipnoanalistul interpretează aceste mecanisme în acelaşi fel. Dar, în hipnoză, pacientul este mai vulnerabil, şi aceste rezistenţe trebuie manevrate cu mai multă grijă, blândeţe şi respect faţă de client. Este interzisă atacarea lor prea rapidă. De pildă, un student la arte plastice a venit la hipnoanaliză pentru că nu era capabil să-şi termine lucrarea de diplomă şi nu ştia dacă este sau nu homosexual, neavând curajul să se apropie nici de bărbaţi, nici de femei. Când a fost aplicată pentru prima dată tehnica teatrului interior, pacientul a spus în stare de hipnoză că s-a defectat frânghia care trebuie să tragă cortina (de două ori). Apoi a văzut o nouă cortină metalică ce bloca vederea pe scena imaginară. În această situaţie, terapeutul a sistat temporar încercarea, reluând-o abia după o lună de terapie. Acum, tehnica a putut fi aplicată, pacientul văzând pe scena imaginară un bătrân care agresa sexual un băiat. Această scenă a readus în conştientul subiectului amintirea terifiantă din copilărie când acesta dormise în pat cu bunicul său, şi bătrânul a încercat să abuzeze sexual de el. Astfel, pacientul a ajuns să conştientizeze sursa temerilor sale de natură homosexuală (Erika Fromm, 1984).

În hipnoanaliză, interpretarea rezistenţelor nu este neapărat atât de riguroasă ca în psihanaliză. Uneori, hipnoanalistul interpretează rezistenţele, dar sunt şi situaţii în care terapeutul observă rezistenţele şi le trece sub tăcere. El caută acele strategii terapeutice menite să facă rezistenţele inutile. Numai atunci când aceste strategii dau greş, terapeutul atrage atenţia pacientului asupra existenţei rezistenţelor.

Analiza rezistenţelor nu mai reprezintă o piatră unghiulară ca în psihanaliză, mai ales datorită faptului că una din caracteristicile subiectului hipnotic este aceea de a coopera cu terapeutul, ceea ce face ca rezistenţele să se manifeste mai puţin decât în stare de veghe.

• Dependenţa de tip infantil

Situaţia hipnotică în sine tinde să favorizeze transferul de tip infantil, mai ales în fază incipientă. Pacientul vine la hipnoterapie şi aşteaptă ca terapeutul să aibă grijă de el, să-i rezolve problemele în timp ce el „doarme". De fapt, pacientul vrea să fie dependent, considerându-l pe terapeut ca pe un părinte omniscient şi omnipotent. Sentimentele legate de transfer sunt nerealiste şi exagerate, el dorind ca terapeutul să ia deciziile în locul său, aşa cum au făcut părinţii – tata sau mama – în copilăria sa.

• Transferul de tip oedipian

Aşa cum complexul Oedip are două laturi – dorinţa de a întreţine relaţii sexuale cu părintele de sex opus şi dorinţa de a-şi adjudeca obiectul dragostei în competiţie cu părintele de acelaşi sex, de a cărui răzbunare subiectul se teme – şi în hipnoză, acest complex îmbracă două forme: seducţia şi competiţia cu dorinţa de moarte a concurentului. În hipnoanaliză, aceste sentimente arhaice sunt transferate asupra persoanei hipnoterapeutului.

Sentimentele respective pot îmbrăca diverse forme:

O pacientă (femeie) poate avea fantezii legate de faptul că hipnotizatorul o ţine în braţe, face dragoste cu ea, iar altă pacientă poate acuza nejustificat terapeutul că a agresat-o sexual în timp ce se afla în hipnoză (aceasta din urmă se răzbună în mod inconştient pe terapeut – figura tatălui – pentru că nu a sedus-o).

• Transferul de tip fratern

Adesea, pacientul dezvoltă în hipnoză o trăire de tip rivalitate fraternă.

Fromm (1968) relatează cazul unei paciente care nu putea intra decât într-o transă uşoară în cabinetul terapeutului. Această pacientă a rugat-o s-o înveţe autohipnoza. Ulterior, pacienta a relatat că acasă, practicând autohipnoza, putea atinge o transă mult mai profundă. La o analiză mai atentă, a fost evidenţiat un sentiment de rivalitate fraternă: „eu pot să fac asta mai bine decât o faci tu".

Problema se pune dacă este cazul să interpretăm rivalitatea fraternă a pacientului aflat în hipnoză. Majoritatea terapeuţilor consideră că e mai util să nu o facem, pentru că pacientul se va simţi jenat şi culpabil.

Dacă în psihanaliză se analizează în detaliu toate componentele transferului, în hipnoanaliză e mai bine să nu conştientizăm chiar fiecare sentiment inconştient care se manifestă (Fromm, 1968).

Specialiştii consideră că este mai constructiv să utilizăm sentimentele legate de situaţia transferenţială decât să le analizăm cu orice preţ. De pildă, Erika Fromm laudă pacienta aflată în heterohipnoză pentru succesele obţinute de ea în autohipnoză. Terapeutul îi spune că este foarte fericit că ea a învăţat să se ajute singură, intrând în transă prin autoinducţie.

Terapeutul îi sugerează, de asemenea, în heterohipnoză că ea va intra într-o transă din ce în ce mai profundă prin autohipnoză şi că, în această situaţie, îi vor reveni în minte tot felul de amintiri şi imagini care vor arunca o lumină nouă asupra problemelor sale. Aceste imagini vor furniza un material tot mai bogat pentru viitoarea şedinţă de hipnoanaliză.

• Analiza viselor

După cum am mai arătat, Freud (1953) a denumit visele nocturne „calea regală spre subconştient".

Din punct de vedere psihanalitic, visul este considerat o încercare a egoului de rezolvare a problemelor inconştiente ale subiecţilor.

Frouch şi Fromm (1964) au arătat că visul reprezintă o reacţie la un conflict, precum şi o expresie a unui conflict de natură inconştientă. Orice vis nu

este altceva decât o încercare mai mult sau mai puţin izbutită de a rezolva conflictul.

Psihanalistul sau hipnoterapeutul care încearcă să interpreteze un vis se află în situaţia unui cercetător care se străduieşte să descifreze hieroglifele dintr-un text. Psihanalistul trebuie să aştepte uneori câte o săptămână, pentru ca pacientul să relateze visele sale. În acelaşi timp, psihanalistul clasic se confruntă mereu cu problema că marea majoritate a conţinutului viselor – chiar şi al celor pe care pacientul şi le aminteşte – a fost refulat, uitat, reprimat.

În schimb, hipnoza pune la dispoziţie o serie de mijloace care facilitează şi optimizează lucrul asupra viselor. Astfel:

- Hipnoanalistul are posibilitatea să provoace visele în timpul şedinţei de hipnoză. Aceste vise pot fi relatate imediat de către pacient.
- Hipnoterapeutul îi poate sugera pacientului că are „un vis legat de o problemă anume sau de un conflict" pe care vor încerca să-l rezolve împreună.
- Dacă pacientul nu a ajuns la o soluţie prin intermediul visului, hipnoterapeutul îi poate sugera că el revisează visul şi încearcă să se confrunte încă o dată cu problema sa într-o manieră diferită şi la un nivel diferit. Terapeutul poate să-l încurajeze pe pacient, sugerându-i că va găsi o soluţie mai bună dacă va încerca să reviseze visul (Sacerdota, 1967).
- De asemenea, terapeutul îi poate sugera pacientului că este capabil să înţeleagă semnificaţiile şi simbolismul propriilor vise din ce în ce mai bine, pe măsură ce trece timpul. Hipnoanalistul dispune şi de mecanismul sugestiei posthipnotice. Astfel, el îi poate sugera pacientului că va visa o serie de vise importante, semnificative pentru problematica sa. Se poate sugera că, deşi este posibil ca aceste vise să fie uitate, ele vor reveni în conştiinţa pacientului imediat ce acesta va intra în cabinetul psihoterapeutului. Astfel, terapeutul poate explora şi interpreta împreună cu pacientul său întreg conţinutul viselor. În felul acesta se analizează vise complete şi nu doar fragmente pe care eventual şi le aminteşte pacientul.

Adesea, în timpul şedinţei de hipnoanaliză, când i se dă pacientului sugestia să viseze, acesta poate reproduce în mod spontan un vis nocturn semnificativ, care fusese refulat. În acelaşi timp, el poate relata un vis diurn care are semnificaţii psihologice interpretabile.

Hipnoanaliza mai are şi alte avantaje comparativ cu psihanaliza clasică. Astfel, atunci când pacientul se află în hipnoză, mai ales într-o hipnoză profundă, terapeutul se poate adresa direct inconştientului lui prin utilizarea unor tehnici specifice, dintre care amintim tehnica imaginaţiei dirijate sau regresia de vârstă.

În astfel de situaţii, inconştientul pacientului poate furniza răspunsuri nemijlocite. Datorită acestui fapt, hipnoza poate aduce îmbunătăţiri rapide în comportamentul pacienţilor.

Tehnica hipnoanalitică se utilizează pentru descoperirea şi interpretarea conflictelor inconştiente. De îndată ce terapeutul identifică un conflict de natură inconştientă, el trebuie să-l ajute pe subiect să-l rezolve. În acelaşi timp, hipnoanalistul îl va ghida pe pacient în aşa fel încât să vadă care este sursa luptelor sale interne şi să-şi poată reorganiza mecanismele personalităţii sale pentru a ajunge la o formulă de viaţă productivă şi plăcută.

Scopul final al hipnoanalizei este facilitarea maturizării şi creşterii psihice a pacientului. În afara asociaţiilor libere şi a analizei viselor, hipnoanaliza utilizează şi alte tehnici cum ar fi:

• Tehnica imaginaţiei dirijate (Fromm, 1984)

Psihanalistul Heinz Hartamann (1958) sublinia faptul că există două feluri de imaginaţie:

a) imaginaţia simbolică, reprezentând o strategie cognitivă a ego-ului inconştient;

b) imaginaţia de testare a realităţii, menită să asigure planificarea viitoarelor situaţii cu care este confruntat subiectul (ce va face sau ce va spune subiectul într-o situaţie dificilă).

Hipnoterapeutul utilizează ambele tipuri de imaginaţie. Astfel, el recurge la imaginarea de tip simbolic atunci când doreşte, de pildă, să simbolizeze procesul evoluţiei pacientului de la boală spre starea de sănătate printr-un râu tumultuos pe care pacientul trebuie să-l traverseze sau printr-un munte pe care acesta urmează să-l escaladeze.

Imaginarea, care are drept scop testarea realităţii, poate fi utilizată, de pildă, atunci când avem de-a face cu o fobie cum ar fi fobia zborului cu avionul. Hipnoterapeutul poate descrie pacientului treaptă cu treaptă drumul său spre aeroport, intrarea în aeroport, predarea bagajelor, trecerea pe la organele de control ale aeroportului, îmbarcarea, călătoria cu avionul, în timpul căreia subiectul îşi imaginează că citeşte o carte atât de interesantă, încât ignoră disconfortul zborului.

Apelând la antrenamentul mintal al unor situaţii psihotraumatizante în stare de hipnoză, terapeutul îl poate ajuta pe pacient să obţină un bun control asupra realităţii.

Prin hipnoterapie, pacientul ajunge să transfere sentimentul de succes din cadrul unor situaţii imaginare asupra unor situaţii reale (Frankl, 1976).

Un alt concept utilizat în cadrul hipnoanalizei este cel de „ego ideal".

Psihologia psihanalitică face diferenţa dintre supraeu sau conştiinţă şi ego-ul. Supraeul stabileşte norme-graniţe-limite, în timp ce ego-ul ideal fixează scopuri (Stolar şi Fromm, 1975).

Ego-ul ideal reprezintă ceea ce un individ doreşte sau visează să devină. Dacă cineva nu-şi atinge nivelul de aspiraţii, el trăieşte sentimente de jenă şi culpabilitate pentru că nu a ajuns atât de competent şi atât de perfect cât şi-ar fi dorit.

Hipnoanalistul îl poate ajuta pe pacient să evoce ego-ul ideal la şedinţa de terapie ca şi cum acesta ar fi real. De pildă, poate sugera pacientului că un individ care arată exact ca el intră în încăpere, se aşază pe un alt fotoliu şi povesteşte cum a făcut el faţă în mod eficient şi competent acelor situaţii care îl preocupă pe pacient. În continuare se poate sugera că pacientul se contopeşte cu acel personaj eficient.

Tehnici avansate ale hipnoanalizei (Hartland, 1979)

• **Tehnica scrisului automat.** Se pune un creion în mâna pacientului aflat în transă şi i se sugerează că mâna şi braţul său sunt complet detaşate de corp şi nu-i aparţin. I se sugerează apoi să scrie fără să-şi dea seama de ceea ce scrie. Textul este adesea indescifrabil (fraze incomplete, litere fragmentate etc.). Dacă pacientul poate deschide ochii să-şi întrerupă transa, el va fi solicitat să scrie corect, utilizând tehnica scrisului automat. Dacă acesta nu poate deschide ochii fără să se trezească, i se poate sugera posthipnotic că sensul cuvintelor scrise de el i se va clarifica după ce se va trezi. Această sugestie duce la eliminarea dificultăţilor de interpretare a materialului. Deşi primele încercări pot eşua, prin antrenament, subiectul ajunge să stăpânească tehnica. Mulţi pacienţi o pot utiliza în transă uşoară, dezavantajul acestora constând în faptul că ei n-au posibilitatea să surprindă semnificaţia ascunsă a ceea ce au vrut să comunice, aşa cum se întâmplă cu cei aflaţi în transă profundă. Acest dezavantaj se explică prin accesul mai limitat la zonele profunde ale psihismului în transă uşoară.

• **Desenul hipnotic.** Rezultate bune se obţin numai în măsura în care pacientul atinge o stare de transă profundă, de tip somnambulic, fiind în stare să deschidă ochii fără să se trezească. Pacientul poate fi instruit să deseneze ce doreşte sau i se poate sugera ce să deseneze (frecvent, tematica desenului izvorăşte din informaţiile cuprinse în asociaţiile libere). În desen, pacientul reflectă uneori atitudinea sa inconştientă faţă de familie şi chiar faţă de terapeut. În unele cazuri, el poate fi solicitat să-şi ilustreze visele sau trăirile care îl domină. Tehnica dă rezultate dacă este combinată cu regresia de vârstă când pacientul, regresat, îşi ilustrează mai uşor decât la vârsta adultă atitudinile şi sentimentele.

• **Terapia prin joc.** Şi în acest caz, pacientul trebuie să fie capabil să deschidă ochii fără a ieşi din transă. Numeroase rezistenţe manifestate de adulţi faţă de această terapie sunt înlăturate în stare de hipnoză. De îndată ce pacientul aflat în hipnoză îşi dă seama că nu trebuie să aştepte pasiv indicaţiile terapeutului, el se joacă cu multă plăcere pentru a exprima agresivitatea şi gelozia inconştiente faţă de părinţi, fraţi sau alte persoane. Materialul constă în păpuşi ce reprezintă un bărbat şi o femeie, un bătrân şi o bătrână, un băiat şi o fetiţă de circa 10 ani, un băiat şi o fetiţă de 4 ani şi un bebeluş. Sunt prezente, de asemenea, animale, mobilier, un pat mare, tren, maşini, arme, soldaţi, precum şi hârtie, creioane şi plastilină. Pacientului i se spune să construiască şi să se joace cum îi place, dar să povestescă ceea ce face. Uneori, terapeutul alege ceea ce trebuie făcut pe baza materialului obţinut din asociaţiile libere. Dacă terapeutul a sesizat conflictele esenţiale din viaţa pacientului, ulterior el îl va regresa la acea vârstă.

• **Tehnica dramatică.** În hipnoză profundă, rezistenţele la dramatizare sunt înlăturate. Pacientul este instruit să reproducă, în stare de hipnoză, incidentele dramatice din cursul existenţei sale şi să retrăiască în plan emoţional situaţiile şi experienţele anterioare. În transă profundă, el face acest lucru cu atâta forţă de sugestie ca şi cum ar retrăi cu adevărat experienţa respectivă. Adesea, experienţa este atât de intensă, încât se produce o adevărată abreacţie (descărcare). Cel mai dramatic exemplu de abreacţie apare în tratamentul nevrozelor de război, când pacientul trăieşte atât de puternic situaţia, încât mimează chiar mitraliera inamicilor. Dacă tehnica e combinată cu regresia de vârstă, ea devine şi mai eficientă. Terapeutul poate asista pasiv la scenă, dar uneori este necesar ca el să intervină, accentuând una sau alta din caracteristicile situaţiei respective. Tehnica se dovedeşte deosebit de utilă, mai ales pentru exprimarea deschisă a agresivităţii şi ostilităţii.

• **Regresia de vârstă în psihoterapia dinamică.** Obiectivul regresiei de vârstă în cadrul hipnoanalizei constă în dirijarea pacientului să retrăiască şi să reevalueze, în plan imaginativ, unul sau mai multe evenimente din trecut, evenimente care sunt într-un fel sau altul legate de problema actuală şi de soluţionarea acesteia.

Evenimentul respectiv poate fi unul pe care pacientul şi-l poate reaminti parţial şi independent de hipnoză sau nu şi-l poate aminti deloc în absenţa regresiei de vârstă.

Regresia de vârstă poate fi realizată în mai multe feluri.

Hartland (1971) descrie o tehnică directă constând în numărătoarea inversă făcută de terapeut, pornind de la vârsta actuală a pacientului până la vârstaţintă la care intenţionează să-l regreseze.

Există şi alte metode care apelează la utilizarea semnalului ideomotor prin intermediul căruia pacientul comunică prin da sau nu până când se ajunge la

identificarea perioadei de vârstă semnificative pentru procesarea terapeutică sau la elaborarea aşa-numitei „punţi afective". Reacţia pacientului la aplicarea tehnicii regresiei de vârstă poate fi uneori foarte dramatică şi convingătoare, aceasta putând fi însoţită de comportamente, vorbire şi chiar de scriere de tip infantil, în cazul regresiei la vârsta copilăriei.

De cele mai multe ori însă, regresia nu are un caracter atât de profund, se realizează fără modificări în sfera comportamentului, iar experienţele trecute se relatează la timpul trecut şi nu la cel prezent, ca în cazul regresiei „adevărate".

Acest lucru nu trebuie să-l mulţumească pe terapeut, deoarece, şi în asemenea cazuri, experienţele pe care şi le aminteşte pacientul pot avea o valoare terapeutică foarte însemnată.

S-a constatat însă, mai ales la subiecţii cu un scor mai ridicat de hipnotizabilitate, că dacă terapeutul îi cere pacientului să relateze la timpul prezent („mă aflu acasă la bunici...") şi i se adresează acestuia ca unui copil de vârsta respectivă, pacientul se va lăsa mai uşor absorbit de jocul imaginativ şi va retrăi evenimentele într-un mod mai autentic.

Hilgard (1986) relatează chiar faptul că unii indivizi foarte sugestibili pot să regreseze spontan doar în cursul interacţiunii cu terapeutul în cadrul unor jocuri de rol.

Metoda disocierii este utilă mai ales pentru pacienţii care manifestă rezistenţă la retrăirea anumitor perioade critice ale existenţei lor, din cauza încărcăturii afectiv-negative asociate cu acestea. Acestor subiecţi li se poate sugera să vizualizeze regresia de vârstă pe un ecran TV imaginar, în timp ce ei rămân în stadiul de adult. Această tehnică îşi propune să-l ajute pe individ să disocieze partea emoţională a amintirilor de conţinutul lor cognitiv.

O problemă care a generat multe dispute este aceea a limitei de vârstă până la care poate fi regresată o persoană şi a autenticităţii amintirilor legate de trăirea unor experienţe timpurii, existând posibilitatea ca amintirile respective să nu fie evocate, ci reconstruite. Până la ora actuală, cercetările de psihofiziologie nu au evidenţiat nici o zonă corticală responsabilă de redarea fidelă a unor evenimente trecute, drept urmare şi amintirile evocate în cursul hipnozei, ca şi orice alte amintiri, reprezintă rezultatul unui proces activ şi creativ de restructurare, putând fi distorsionate, parţial uitate, suferind interferenţe sau fiind afectate de expectaţii şi stări emoţionale.

Din aceste motive este dificil, dacă nu imposibil, de stabilit o limită de vârstă până la care se poate realiza regresia hipnotică.

Cu toate acestea, terapeuţii clinicieni cu experienţă nu acceptă materiale produse la subiect în momentul naşterii, în perioada intrauterină sau din vieţile anterioare, considerându-le doar producţii imaginative.

Trebuie subliniat însă faptul că, deşi relatările subiecţilor regresaţi pot fi inexacte sau chiar fabricate integral de ei, aceasta nu înseamnă că ele nu prezintă interes sub aspect psihoterapeutic, deoarece pot avea o valoare simbolică. Astfel, aşa-zisa retrăire a momentului naşterii poate simboliza fie sentimentele pacientului legate de existenţa sa în lume („mai bine nu m-aş mai fi născut"), fie pe cele de independenţă faţă de părinţi.

Chiar relatările din „vieţile anterioare" se pot referi la elemente semnificative din viaţa actuală, care sunt prea traumatizante şi, din acest motiv, subiectul preferă să le prezinte într-un mod indirect.

Hipnoterapeutul trebuie să fie deosebit de atent pentru a nu interpreta *ad-litteram* relatările pacienţilor aflaţi în hipnoză şi cărora li s-a aplicat tehnica regresiei de vârstă.

Mai există şi alte tehnici hipnoanalitice cu caracter explorator şi care sunt ceva mai puţin directive.

Una dintre acestea constă în a sugera subiectului aflat în stare de hipnoză să-şi imagineze un ecran alb pe care va apărea o imagine ce va pune în evidenţă o informaţie importantă legată de problema-simptom, cauzele sale, evoluţia şi chiar rezolvarea. Această imagine se poate referi la o scenă din trecut, la o persoană semnificativă, la un cuvânt sau la o frază etc. Conţinutul mesajului poate fi simbolic, necesitând o anumită prelucrare înainte de a fi descifrat.

Ecranul imaginar poate fi cel al unui televizor sau unul de cinematograf, terapeutul sugerându-i pacientului că imaginea semnificativă intră treptat în obiectiv.

O variantă a acestei metode este tehnica teatrului interior a lui Wolberg (1964), unde acţiunea se derulează pe o scenă a unui teatru imaginar. În final, se sugerează pacientului că va avea un vis care va fi relevant pentru problema în cauză şi pentru soluţia acesteia. Se va sugera ca visul să apară imediat după şedinţa de hipnoză sau înaintea următoarei întâlniri cu terapeutul, caz în care pacientul va fi solicitat să-şi noteze visul pentru a-l discuta cu psihoterapeutul.

După ce conţinutul informaţional a fost identificat prin intermediul respectivelor metode, i se va sugera pacientului să-l conştientizeze sub aspectul semnificaţiilor ascunse. Pornindu-se de la materialul iniţial, se poate continua procesarea terapeutică asupra acestuia prin intermediul altor metode hipnoanalitice cum ar fi, de pildă, metoda asociaţiilor libere.

În felul acesta, materialul conţinut în relatările verbale ale subiectului va fi decodificat gradat, într-o formă simbolică şi fragmentată, fapt ce-i va permite acestuia să şi-l însuşească fără a fi copleşit din punct de vedere emoţional.

• **Tehnica semnalului ideomotor.** Tehnica semnalului sau răspunsului ideomotor a fost pusă la punct de Milton Erickson şi reprezintă o procedură terapeu-

tică deosebit de utilă prin intermediul căreia pacientul îi comunică terapeutului anumite informaţii care nu pot fi obţinute prin intermediul tehnicii interogării directe. Pacientul va comunica prin intermediul unor mişcări simple, de regulă ridicări ale degetelor, pentru a spune „nu", „nu ştiu" sau „nu doresc să răspund".

Astfel de semnale pot fi stabilite solicitând pacientul să se gândească foarte intens la ideea de „da" şi, atunci când această concentrare va avea loc, mentalul inconştient va alege degetul de la una dintre mâini, comunicând mesajul prin ridicarea uşoară a degetului respectiv.

După stabilirea semnalelor, terapeutul va începe să-l interogheze pe pacientul aflat în hipnoză, solicitând răspunsuri de „da" sau „nu".

Se presupune că răspunsurile se dau la nivel inconştient, mentalul conştient necunoscând conţinutul acestora.

Cele mai frecvente tipuri de întrebări sunt următoarele:

„Este problema ta legată de un eveniment care a avut loc în trecut?"

„S-a petrecut acel lucru înainte de 10 ani?" etc.

„Există vreun motiv ca tu să suferi acum pentru cele petrecute atunci?"

„Este acceptabil pentru tine să-ţi aminteşti acel lucru?" etc.

În cazul în care răspunsul la ultima întrebare este negativ, informaţiile viitoare vor fi obţinute tot cu ajutorul semnalului ideomotor.

• **Puntea afectivă.** Aceasta reprezintă o metodă de regresie elaborată de Watkins (1971) şi constă în a sugera pacientului aflat în hipnoză că se va întoarce în timp până în momentul în care o stare emoţională a fost asociată pentru prima oară cu problema sa (de pildă, a trăit o stare de anxietate, furie, a avut un simptom somatic sau un impuls puternic de a da curs unei deprinderi greşite).

Componenta somatică sau emoţională este pusă iniţial în evidenţă solicitându-i-se pacientului să-şi reamintească cea mai recentă situaţie în care a trăit starea respectivă. Apoi i se cere să se concentreze doar asupra stării emoţionale (sau experienţei somatice, lăsând-o să se intensifice sub influenţa unor factori diverşi). Urmează sugerarea regresiei de vârstă până la prima experienţă de acel tip. Regresia se realizează prin utilizarea unor imagini adecvate menite să faciliteze demersul terapeutic (astfel, pacientului i se cere să-şi imagineze că merge în jos, pe un drum sau pe un pod învăluit în ceaţă, întorcându-se tot mai mult în timp şi fiind însoţit doar de starea afectivă evidenţiată iniţial).

Metoda punţii afective poate fi utilizată într-o formă simplificată, înainte sau chiar în timpul inducţiei hipnotice, atât pentru a evidenţia informaţii semnificative sub aspect terapeutic, cât şi pentru a contribui la reducerea rezistenţelor subiecţilor la hipnoterapie.

Pentru exemplificare prezentăm un caz (Heap, 1985). Doamna D. a fost trimisă la psihoterapie deoarece se temea de întuneric şi de spaţii închise.

Terapeutul a decis să utilizeze un demers comportamental, hipnoza fiind aleasă ca metodă de relaxare şi de control al anxietăţii.

Pacientei i s-a cerut să închidă ochii şi să respire liniştitor, dar mai profund decât de obicei, accentuând procesul expiraţiei şi imaginându-şi că se „lasă dusă" o dată cu aerul care iese din plămâni.

În continuare, i s-a cerut să-şi concentreze atenţia asupra unor senzaţii corporale şi să permită oricărui sentiment sau gând să-i pătrundă în minte imediat ce apărea.

La scurt timp după aceste instrucţiuni, terapeutul a constatat la pacientă tremurul pleoapelor, precum şi o stare de încordare în zona frunţii. Aceste observaţii au fost confirmate de pacientă. Terapeutul i-a cerut să se concentreze doar asupra respectivelor senzaţii, excluzând din minte orice altceva şi lăsând corpul să se relaxeze cât se poate de mult. I-a sugerat apoi să-şi imagineze că senzaţiile şi stările respective devin tot mai intense.

Pacienta a fost întrebată dacă asociază senzaţiile respective cu vreo emoţie oarecare, moment în care aceasta a început să plângă şi a spus: „Simt că nu ar fi trebuit să mă aflu aici. Nu cred că merit atenţia dumneavoastră deoarece sunt mulţi oameni mai bolnavi decât mine".

Demersul psihoterapeutic a continuat, pacienta fiind instruită să se concentreze asupra sentimentului respectiv şi să-şi imagineze cum acesta se amplifică. Terapeutul i-a adresat apoi întrebarea dacă poate lega sentimentul respectiv de vreo experienţă din viaţa ei, la care pacienta a început să plângă spunând că niciodată nu a putut să-i împărtăşească mamei sale vreo problemă, mama sa fiind o femeie aspră care a făcut-o permanent să se simtă vinovată şi lipsită de valoare.

În continuare, terapeutul a aplicat metoda asociaţiilor libere pentru a o determina pe pacientă să evoce mai multe amintiri legate de problema respectivă.

După aplicarea tehnicilor descrise mai sus, a fost utilizată o tehnică tradiţională de adâncire a transei, urmată de sugestii de relaxare şi control al anxietăţii.

Avantajul de a sprijini demersul hipnoterapeutic pe componente emoţionale şi somatice constă în aceea că informaţiile obţinute de la pacienţi sunt mai puţin distorsionate de tendinţele acestuia spre intelectualizare sau de a se conforma dorinţelor şi solicitărilor psihoterapeutului.

În cazul prezentat mai sus, materialul obtinut nu este neapărat de importanţă capitală pentru demersul terapeutic în ansamblu, dar evidenţierea acestor informaţii a avut o anumită influenţă asupra pacientei, contribuind la reducerea rezistenţelor ei la hipnoză.

Tehnici de reevaluare şi soluţionare de probleme

Descoperirea amintirilor psihotraumatizante uitate reprezintă şi un instrument al promovării schimbării terapeutice. Astfel, pacienţii pot deveni conştienţi de modul în care modalităţile lor habituale de răspuns din trecut le creează probleme în prezent, aceştia solicitând sprijinul terapeutului pentru reevaluarea amintirilor semnificative.

Gibson şi Heap (1991) descriu următoarele metode hipnoanalitice de reevaluare şi rezolvare a conflictelor.

Abreacţia. Este evident pentru oricine faptul că descărcarea unei emoţii poate avea un puternic efect terapeutic. În majoritatea demersurilor terapeutice, pacienţii sunt încurajati să-şi exprime în mod deschis sentimentele, deşi în unele situaţii acest lucru se produce chiar în mod spontan, ca în cazul regresiei de vârstă sugerate în hipnoză. Astfel, nu de puţine ori pacienţii regresaţi au descărcări emoţionale deosebit de puternice atunci când se confruntă cu anumite amintiri psihotraumatizante. În cazul în care acest lucru nu se produce, terapeutul trebuie să le sugereze să se concentreze asupra oricărei stări afective care are legătură cu materialul explorat în cursul terapiei.

Hipnoterapeutul le poate cere să se concentreze asupra oricărei senzaţii, cum ar fi, de pildă, accelerarea ritmului respirator sau o încordare musculară într-o anumită zonă a corpului.

În continuare, acesta va adresa pacientului întrebări cu caracter explorator, pentru a pune în evidenţă stările afective care se ascund în spatele senzaţiilor corporale. (Astfel de întrebări pot fi: „Cu ce anume asociezi tensiunea şi încordarea din zona cefei?“ etc.)

Demersul psihoterapeutic va fi continuat prin întrebări menite să dirijeze în continuare pacientul în analizarea propriilor sale conflicte nerezolvate. („Ce crezi că ar trebui să faci mai departe?“)

În cazul în care pacientul îşi reaminteşte un incident în care a fost provocat de unul dintre părinţii săi, dar nu şi-a „dat voie“ să fie furios, terapeutul îl va ajuta să retrăiască scena şi să-şi exprime sentimentele într-o manieră acceptabilă.

Astfel de metode trebuie aplicate cu mare grijă la pacienţii depresivi, deoarece aceştia pot părăsi şedinţa de psihoterapie sub impresia amintirilor triste, ceea ce comportă riscul punerii în aplicare a unor idei suicidare.

Ca în orice sistem psihoterapeutic, mesajul transmis de către hipnoterapeut într-un mod calm şi empatic este că pacientul are tot dreptul să-şi exprime emoţiile fără a-şi pierde demnitatea şi fără să trebuiască să simtă ruşine sau vinovăţie.

Dacă acest obiectiv este atins în urma aplicării metodei abreacţiei, pacientul va începe să se simtă mai securizat atunci când va fi pus în situaţia de a-şi exprima anumite stări afective, deşi procesarea terapeutică nu se încheie aici. Astfel, descărcarea unei reacţii emoţionale de agresivitate faţă de părinţi poate facilita învăţarea comportamentului asertiv faţă de figuri învestite cu autoritate în situaţia prezentă în care se află pacientul, acest lucru reprezentând însă doar baza pe care se va construi psihoterapia asertivă viitoare.

Un alt avantaj al utilizării tehnicii abreacţiei constă în schimbarea atitudinii pacientului faţă de sine însuşi, acesta transformându-se dintr-o persoană care nu poate plânge într-una capabilă să realizeze acest lucru.

Metoda abreacţei, deşi se referă la experienţele emoţionale din trecut, îl ajută pe subiect să facă faţă stărilor afective prezente.

O problemă care se ridică este în ce măsură conflictele intrapsihice, generatoare de tulburări, se rezolvă mai bine prin metoda abreacţiei sau prin intermediul unor tehnici cognitive menite să modifice stilul de gândire al pacienţilor.

Beck, Rush, Shaw şi Emery (1979) sunt de părere că, deşi pacientul se poate simţi mai bine în urma unei descărcări emoţionale, acest efect nu este de durată, comparativ cu cel al tehnicilor cognitiv-comportamentale.

Gibson şi Heap (1991) consideră că în alegerea celor mai adecvate tehnici de hipnoterapie, terapeutul trebuie să ţină seama de particularităţile fiecărui caz în parte, unii pacienţi reacţionând mai bine la abordări de tip catharctic, în timp ce alţii preferă demersuri terapeutice mai raţionale.

• **Terapia stărilor ego-ului.** Această tehnică terapeutică are la bază analiza tranzacţională elaborată de Eric Berne (1967). Autorul postulează existenţa a trei stări ale ego-ului, stări ce reprezintă diverse instanţe psihice cărora le este specific un anumit mod de gândire, simţire şi comportament.

Stările ego-ului, asemănătoare într-o oarecare măsură cu conceptele psihanalitice de id, ego şi superego, se găsesc în fiecare om, şi gradul de armonizare a acestora stă la baza capacităţii de adaptare şi autorealizare a individului.

Starea de copil a ego-ului reprezintă rezultatul unor experienţe acumulate de individ în copilărie, starea de părinte – internalizarea comportamentului figurilor parentale, iar starea de adult constituie acea parte a ego-ului care s-a maturizat ca urmare a interacţiunilor cu lumea, a acumulării cunoştinţelor, priceperilor şi deprinderilor de viaţă.

Deşi stările ego-ului sunt considerate de specialiştii în analiza tranzacţională ca fiind entităţi observabile la nivelul comportamentului manifest al individului, hipnoanaliştii (Gibson şi Heap, 1991, p. 87) le consideră doar modele ipotetice pe care se pot sprijini anumite strategii terapeutice.

Tehnica propriu-zisă constă în a regresa pacientul aflat în stare de hipnoză la vârsta la care s-a produs psihotrauma, activându-i ego-ul de copil şi dându-i

posibilitatea să realizeze o abreacție (descărcare afectivă puternică). Terapeutul va ghida apoi pacientul să realizeze un fel de psihodramă în cadrul căreia ego-ul său de adult, care posedă toate cunoștințele și resursele acumulate de la producerea psihotraumei, se întoarce în timp și acordă asistență ego-ului de copil pentru a rezolva conflictele trecute în așa fel încât acestea să nu-i creeze probleme pacientului.

Prezentăm, pentru exemplificare, un caz clinic. Daniela este o profesoară de treizeci de ani, cu succes în carieră și cu o căsnicie fericită. Problema ei era că în anumite situații, mai ales când trebuia să-și pronunțe numele în public, să citească cu voce tare sau să ceară ceva într-un magazin aglomerat avea uneori tendința să se bâlbâie ușor. În clasă, Daniela se comporta normal cu elevii. Nici în situațiile menționate ea nu se bâlbâia totdeauna, dar se temea de faptul că i s-ar putea întâmpla acest lucru.

Psihoterapia s-a axat în general pe managementul anxietății.

Terapeutul a considerat însă necesară și o oarecare explorare a experiențelor timpurii când Danielei i s-a întâmplat pentru prima oară să se bâlbâie. Acesta a indus hipnoza, a adâncit transa și a stabilit cu pacienta modalitatea de răspuns ideomotor pentru „da", „nu" și „nu știu".

A fost aplicată apoi tehnica „punții afective" pentru a facilita regresia până la perioada experienței critice.

Concentrarea asupra anxietății i-a permis pacientei să-și amintească primul incident când a simțit tensiune psihică și teamă legată de dificultatea ei de vorbire.

Pacienta a regresat la vârsta de șapte ani, în prima zi de școală. Ea s-a exprimat la timpul prezent cu o voce infantilă și a spus că o cheamă Dany. În continuare, ea a relatat că se afla în clasă și că învățătoarea le cerea copiilor să-și spună numele și că ea se temea de acest lucru. Terapeutul s-a adresat ego-ului de adult al Danielei, reamintindu-i faptul că acum ea este o femeie adultă care posedă mult mai multe cunoștințe și abilități decât micuța Dany de șapte ani și că are, la rândul său, un copil pe care știe să-l liniștească atunci când este supărat sau speriat.

În plan imaginativ, adulta Daniela a fost instruită să se întoarcă în timp la mica Dany și să-i acorde sprijin și forță pentru a-și putea rezolva problemele și pentru a face față unor situații dificile.

Pacienta a fost lăsată până când a comunicat prin intermediul semnalului ideomotor faptul că a realizat ceea ce i se ceruse. Dany cea de șapte ani a fost, la rândul său, întrebată dacă mai dorește ceva de la Daniela cea adultă pentru a se simți bine.

Pacienta a emis semnalul ideomotor pentru „Nu".

În același timp, ea a răspuns negativ și la întrebarea dacă mai sunt și alte amintiri care îi creează probleme și asupra cărora ar dori să lucreze.

La următoarea ședință de psihoterapie, Daniela s-a prezentat într-o formă foarte bună, afirmând faptul că se simte mai liniștită și mai încrezătoare în sine.

Terapia a continuat cu câteva ședințe de hipnoterapie centrate doar pe managementul anxietății.

• **Rezolvarea problemelor pacientului cu ajutorul tehnicii semnalului ideomotor.** Se întâmplă uneori în cursul terapiei ca pacientul să răspundă prin intermediul semnalului ideomotor că a identificat problema, dar să refuze (refuzul este exprimat tot prin intermediul semnalului ideomotor) s-o împărtășească terapeutului. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să continue să se adreseze pacientului la nivel conștient și inconștient, solicitându-l să găsească soluții pentru rezolvarea problemei sale. Dacă acesta a identificat una sau mai multe soluții, i se cere să răspundă afirmativ, prin declanșarea semnalului ideomotor.

Faza rezolutivă se desfășoară, de regulă, la nivel inconștient, astfel încât pacientul nu realizează ce anume s-a petrecut, soluția apărându-i acestuia ca fiind aproape magică.

Pentru exemplificare prezentăm un caz.

Sandu, un băiat de 12 ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru enurezis pe care îl avea de mulți ani. Pacientul urina în pat aproape în fiecare noapte. Acesta a reacționat la sugestiile hipnotice directe, și lucrurile s-au îndreptat în mare măsură (nu mai urina în pat decât foarte rar), dar, după ceva timp, au urmat recăderi. Acestea s-au produs mai ales după o ceartă cu fratele său la începutul anului școlar și după o întâlnire cu tatăl său natural (părinții băiatului erau divorțați).

Terapeutul s-a decis să investigheze mai în profunzime problema și, după inducția hipnotică, a stabilit codul pentru semnalul ideomotor (pentru „da" se va ridica degetul arătător drept, iar pentru „nu" degetul arătător stâng).

Terapeutul i-a cerut apoi să se gândească foarte profund la toate lucrurile importante din viața sa, oameni, locuri, experiențe etc., căutând să identifice vreo legătură dintre aceste elemente și simptomul său. În cazul în care pacientul găsea vreo astfel de conexiune, el trebuia să comunice prin intermediul semnalului ideomotor răspunsul „da"; în caz contrar, răspunsul era „nu".

După un timp, pacientul a răspuns „da". În continuare, terapeutul l-a întrebat ce anume din existența sa are legătură cu enurezisul și dacă îi poate împărtăși acel lucru terapeutului. La început răspunsul a fost „da", după care imediat pacientul a răspuns „nu". I s-a cerut apoi să se concentreze și să afle dacă nu există un lucru pe care l-ar putea face pentru a nu mai urina în pat. Semnalul ideomotor a fost „da".

Întrebarea următoare a fost dacă Sandu este dispus să întreprindă o astfel de acțiune pentru un timp și să urmărească dacă enurezisul se reduce. Răspunsul acestuia a fost afirmativ.

Terapeutul i-a cerut apoi pacientului să-şi imagineze că va întreprinde cu adevărat respectiva acţiune în viitor. Şi de data aceasta răspunsul a fost „da". După câteva luni, mama a solicitat o întrevedere cu psihoterapeutul şi i-a comunicat în cursul acesteia că Sandu nu mai urinează deloc în pat, dar că o îngrijorează faptul că acesta a început să se certe mai des cu membrii familiei, a devenit încăpăţânat şi foarte voluntar. Terapeutul a asigurat-o că atitudinea băiatului este normală pentru un adolescent care luptă pentru independenţă şi autoafirmare.

VII. Autohipnoza

Dacă hipnoza reprezintă o stare modificată de conştiinţă indusă de către o altă persoană (hipnotizator, hipnoterapeut), autohipnoza este o stare asemănătoare pe care subiectul învaţă să şi-o inducă singur.

Pentru a încuraja independenţa şi autonomia pacientului se recomandă tot mai mult practicarea autohipnozei, mai ales după ce subiectul a realizat câteva şedinţe de hipnoză sub îndrumarea unui terapeut calificat, care are şi menirea de a-l învăţa principiile şi tehnica autohipnozei. Totuşi, dacă problemele nu sunt prea grave, puteţi încerca şi singuri să aplicaţi o astfel de tehnică.

Autohipnoza este considerată, alături de relaxare, o metodă de autoterapie, autoreglare a stărilor psihice ale omului şi o modalitate de explorare creativă a eului, prin intermediul căreia subiectul îşi poate cunoaşte mai bine propriile probleme, le poate rezolva supunându-se propriilor autosugestii. În autohipnoză, subiectul îşi investighează lumea sa subiectivă, gândurile, amintirile, fanteziile pentru a afla mai precis cine este el de fapt. Odată cunoscute dificultăţile şi particularităţile individului, se poate trece la depăşirea acestora şi la autoperfecţionarea propriilor posibilităţi.

Concret, ce putem realiza prin autohipnoză?

- să ne cunoaştem mai bine şi mai profund;
- să ne relaxăm după o zi încordată şi agitată;
- să realizăm un inventar al propriilor noastre probleme şi să stabilim o strategie de rezolvare a lor;
- să ne eliberăm, prin utilizarea autosugestiilor, de anxietate, tristeţe, irascibilitate, insomnii, dureri de cap (de natură psihogenă), de fluctuaţii ale dispoziţiei şi randamentului, de gânduri negative şi complexe de inferioritate;

- să ne îmbunătăţim capacitatea de concentrare a atenţiei, memoria, voinţa, să gândim mai lucid şi să ne autoprogramăm psihicul pentru o viaţă mai sănătoasă şi eficientă;
- să ne debarasăm de unele deprinderi negative, cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool sau medicamente.

Psihicul omului nu se reduce doar la elementele conştiente, de care ne dăm seama, ci el cuprinde şi zone inconştiente la care nu avem acces cu ajutorul gândirii raţionale. Acestea conţin atât resurse şi disponibilităţi creative nebănuite, cât şi conflicte şi psihotraume reprimate care se pot transforma în simptome nevrotice sau psihosomatice.

Inconştientul poate lucra în favoarea individului sau împotriva lui, îl poate face un creator fericit şi eficient sau, dimpotrivă, un om nefericit sau chiar bolnav.

Observaţiile empirice şi practica clinică au arătat că, de cele mai multe ori, când apare un conflict între conştient şi inconştient, acesta din urmă este cel care câştigă bătălia. Mulţi psihologi spun chiar că inconştientul este un fel de „şef" care ne conduce fără ca noi să ne dăm seama. În acelaşi timp însă, la nivel inconştient, nu se poate face testarea realităţii. Dacă, dintr-un motiv oarecare, s-a fixat informaţia: „Când Ana traversează o stradă sau o piaţă largă i se face rău", atunci când Ana se apropie de locul cu pricina, criza se declanşează ca şi cum ar fi apăsat pe un buton de comandă; în mod inconştient se activează programul şi se declanşează simptomul.

Programarea „inconştientului" se poate realiza în stare de relaxare sau, şi mai eficient, în stare de autohipnoză prin autosugestii de tip afirmativ, prin tehnica imaginaţiei dirijate (vizualizate) şi prin practicarea gândirii pozitive. Autosugestiile sunt afirmaţii prin care subiectul îşi spune în gând cum doreşte el să fie sau ce vrea să realizeze.

Construirea autosugestiilor

Pentru ca autosugestiile să fie eficiente, se impune îndeplinirea anumitor condiţii:

- să se utilizeze doar afirmaţii cu conţinut pozitiv (de exemplu, în loc de „nu-mi va mai fi niciodată teamă" trebuie să spunem „sunt deja calm, puternic, echilibrat"); excepţie fac doar tehnicile de autohipnoză ericksoniană;
- autosugestiile se combină cu tehnica vizualizării;
- după ce am practicat un timp autohipnoza sau relaxarea, putem utiliza şi autosugestii în stare de veghe, atunci când ne simţim nervoşi;

- autosugestiile administrate în stare de relaxare trebuie să fie utilizate anticipat, atunci când ne pregătim să facem faţă unei situaţii dificile sau care ne produce teamă.

Persoana care doreşte să practice autohipnoza trebuie să înveţe să-şi creeze propriile autosugestii pentru a-şi rezolva problemele personale. Acestea se construiesc pornind de la conţinutul problemelor şi gândurilor negative care îi vin în minte. De pildă, pentru o persoană cu gânduri suicidare se poate construi sugestia: „Viaţa mea conţine multe lucruri pozitive", „Vreau să trăiesc ca să mă bucur de toate lucrurile pozitive din viaţa mea" etc.

Prezentăm spre exemplificare câteva modele de autosugestii pentru îmbunătăţirea imaginii de sine (Handley şi Neff, 1985):

- sunt o persoană echilibrată, eficientă şi generoasă, care merită să aibă succes;
- zi de zi, pe toate căile, eu devin persoana care doresc să fiu;
- corpul meu este perfect sănătos şi normal;
- mintea mea funcţionează perfect şi găsesc în mine noi posibilităţi creative de a trăi.

Austin (1994) prezintă zece reguli de alcătuire a sugestiilor terapeutice:

- Utilizaţi verbele la timpul prezent.
- Folosiţi, pe cât posibil, exprimări pozitive.
- Formulaţi sugestiile în termeni specifici.
- Utilizaţi cât mai multe detalii.
- Folosiţi sugestii simple.
- Utilizaţi termeni plastici, cu încărcătură emoţională.
- Sugestiile trebuie să fie realiste.
- Sugestiile trebuie să aibă un conţinut personalizat.
- Utilizaţi imagini sugestive.
- Sugestiile trebuie să aibă un caracter repetitiv.

1. Utilizarea verbelor la timpul prezent

Subiectului trebuie să i se sugereze faptul că acţionează deja în direcţia dorită: „Sunt calm", „Am foarte multă încredere în forţele proprii".

Fac excepţie de la această regulă situaţiile în care este vorba de un proces cu caracter progresiv. Astfel, unei persoane cu un picior fracturat i se poate sugera: „piciorul meu se va vindeca rapid şi fără complicaţii" sau „piciorul meu se va vindeca în jumătate din timpul în care s-ar vindeca în mod obişnuit".

Sugestiile directe, referitoare la un comportament viitor, trebuie, la rândul lor, exprimate la timpul prezent: „Cu fiecare zi mă simt tot mai calm, tot mai încrezător în forţele proprii..."

2. Utilizarea unor formulări pozitive

Aşa cum am mai subliniat, cu excepţia hipnozei ericksoniene care cere din partea terapeutului un nivel deosebit de creativitate, este bine să se evite formulările cu conţinut negativ: „eu n-o să mai fac acest lucru..."

3. Formularea sugestiilor în termeni specifici

Sugestiile terapeutice trebuie să se refere la o problemă precis delimitată şi nu să încerce acoperirea tuturor problemelor subiectului. De pildă, nu este indicat să utilizăm o astfel de sugestie: „Mă simt încrezător în forţele proprii; îmi controlez greutatea şi dorm foarte bine."

4. Utilizarea unui număr mare de detalii

Terapeutul trebuie să-l ajute pe client să-şi formuleze obiectivele terapeutice cu foarte multe detalii, exprimate cât mai concret.

De asemenea, ţinând seama de faptul că obiectivele noastre se modifică permanent, instanţele subconştiente trebuie mereu reprogramate în sensul dorit.

5. Utilizarea unor sugestii simple

În cazul în care se utilizează termeni prea sofisticaţi sau cu dublu înţeles, se poate crea confuzie la nivelul subconştientului care trebuie programat la fel ca un calculator prin intermediul unor comenzi simple.

6. Utilizarea unor termeni plastici

Instanţele de natură subconştientă reacţionează la termeni cu încărcătură emoţională ridicată, la imagini plastice sau la metafore.

7. Sugestiile trebuie să aibă un caracter realist

De pildă sugestia: „voi fi fericit tot timpul" este profund nerealistă, ţinând seama de faptul că viaţa ne oferă numeroase prilejuri de neîmplinire.

8. Sugestiile trebuie să aibă un caracter personalizat

Sugestiile terapeutice trebuie să se refere la modificări ale propriei persoane şi nu ale celorlalţi; cea mai bună metodă de a-i schimba pe aceştia este să ne modificăm noi înşine.

9. Utilizarea unor imagini cu conţinut sugestiv

Subiectul trebuie ghidat să formeze imaginea sa aşa cum doreşte să devină, cu cât mai multe detalii. Chiar dacă imaginea respectivă este puţin exagerată în sens pozitiv, ea poate funcţiona în calitate de program mental în cazul în care conţine un sâmbure de adevăr.

10. Sugestiile trebuie să aibă un caracter repetitiv

Este indicată repetarea sugestiilor pentru o mai bună fixare a conţinutului acestora. Repetarea prin intermediul folosirii sinonimelor face ca sugestiile să fie mai interesante pentru utilizator, ca în cazul demersurilor pe care le realizează un comerciant ce doreşte să-şi vândă marfa.

Este indicat ca hipnoterapeutul să spună pacienţilor săi că pot respinge orice sugestie li se pare nepotrivită, acest instructaj având rolul de a le reduce anxietatea legată de faptul că ar putea suferi un proces de „spălare a creierului".

Înainte de a administra sugestiile specifice, subiectul aflat în hipnoză va fi pregătit astfel:

„În această stare plăcută de relaxare în care te afli, subconştientul tău va înregistra, pentru binele tău, tot ce se petrece în jur. Aceste sugestii care acţionează în avantajul tău merg direct în zonele subconştiente unde sunt acceptate ... Aceste sugestii se fixează foarte bine ... adânc în creierul tău ... şi ele rămân acolo şi acţionează mult timp după ce ai deschis ochii. Aceste sugestii ... aceste noi gânduri te ajută să schimbi lucrurile pe care doreşti să le schimbi ... iar aceste schimbări te ajută să te bucuri tot mai mult de viaţă... cu fiecare zi care trece să te bucuri tot mai mult de viaţă".

Tehnica vizualizării

Vizualizarea („a te vedea în minte"), o altă tehnică de autoprogramare a inconştientului, constă în reprezentarea mentală a modului în care dorim să fim sau a situaţiei pe care dorim să o creăm. Ea se deosebeşte de simpla reverie sau visare diurnă prin faptul că se realizează numai în stare de relaxare sau autohipnoză şi are un caracter dirijat şi planificat.

Trebuie subliniat faptul că orice hipnoză este de fapt o autohipnoză. Hipnoterapeutul nu este altceva decât un ghid care îl ajută pe subiect să intre în transă şi să utilizeze transa în avantajul său.

Prezentăm mai jos o tehnică de inducţie prin intermediul vizualizării care poate fi folosită şi în autohipnoză (Austin, 1999).

Această tehnică durează aproximativ 10 minute şi poate fi utilizată şi ca tehnică de autohipnoză, după ce subiectul a lucrat cu un hipnoterapeut calificat.

„Luaţi o poziţie comodă, şezând pe un fotoliu sau culcat ... Aş dori să vă imaginaţi că relaxaţi tot corpul ... verificaţi mental faptul că vă aflaţi într-o poziţie comodă ... complet relaxat ... şi pe măsură ce se relaxează muşchii ... lăsaţi şi mintea să se destindă ... să se relaxeze ... Orientaţi atenţia asupra picioarelor ... simţiţi degetele ... încordaţi degetele de la picioare şi apoi relaxaţi-le ... încordaţi gleznele şi apoi relaxaţi-le ... lăsaţi relaxarea să cuprindă gleznele, gambele, genunchii ... toţi muşchii se relaxează, se relaxează tot mai mult ... încordaţi coapsele şi apoi relaxaţi-le ... conştientizaţi relaxarea plăcută a coapselor care se odihnesc într-o poziţie confortabilă ... simţiţi acum

picioarele care devin grele şi se cufundă în saltea, se cufundă tot mai mult ... pe măsură ce se relaxează ... se relaxează tot mai mult ... Încordaţi uşor musculatura abdominală şi apoi relaxaţi-i ... relaxaţi-o tot mai mult ... Ridicaţi uşor umerii, apoi coborâţi-i şi relaxaţi umerii ... relaxaţi umerii şi muşchii spatelui ... şi pe măsură ce muşchii spatelui se relaxează, observaţi cum coloana vertebrală se cufundă tot mai mult în fotoliu sau saltea ... Pe măsură ce vă relaxaţi, observaţi că respiraţia devine tot mai calmă, mai liniştită ... mai profundă ... Îndreptaţi acum atenţia asupra degetelor de la mâini ... strângeţi degetele pumn ... observaţi tensiunea musculară şi apoi lăsaţi degetele să se desfacă şi să se relaxeze tot mai mult ... şi mai mult ... Lăsaţi relaxarea să cuprindă braţele şi umerii ... observaţi dacă gâtul se află într-o poziţie comodă ... încordaţi uşor muşchii gâtului şi apoi relaxaţi-i ... relaxaţi tot mai mult gâtul şi lăsaţi-l să se odihnească într-o poziţie comodă ... confortabilă ... Îndreptaţi atenţia asupra feţei ... încordaţi muşchii feţei şi apoi relaxaţi-i ... relaxaţi muşchii feţei tot mai mult ... tot mai mult ...

Simţiţi o răcoare plăcută care vă mângâie pielea ... şi relaxaţi creştetul capului ... Sunteţi acum relaxat din cap până în picioare ... până la vârful degetelor ... Corpul este destins, relaxat, greu ... imobil ... greu ... tot mai greu ... Observaţi cum corpul se relaxează tot mai mult ... şi mai mult ... pe măsură ce respiraţia devine tot mai calmă, mai liniştită ... mai profundă. Curând voi începe să număr de la 1 la 10 şi cu fiecare număr vă veţi relaxa tot mai mult ... tot mai mult: 1 ... 2 ... 3 ... 4 – vă relaxaţi tot mai profund ... 5 ... 6 – tot mai profund ... 7 ... 8 – relaxarea se adânceşte tot mai mult ... 9 ... 10 – relaxare adâncă ... plăcută ... odihnitoare."

Sunteţi acum profund relaxat şi vă vine uşor să focalizaţi atenţia spre interior şi să vă imaginaţi diverse lucruri cu multă claritate ... Aş dori să vă imaginaţi că vă aflaţi pe o terasă care are nişte trepte ce coboară spre o grădină minunată ... puteţi vedea copaci frumoşi, încărcaţi de frunze, flori minunate ... iarba verde ... Grădina este înconjurată de arbori înalţi care o fac să fie un loc sigur ... Undeva mai departe se află un pârâu cu o cădere de apă ... ascultaţi zgomotul odihnitor al cascadei ... al apei care loveşte pietrele ... auziţi ciripitul păsărelelor ... vedeţi cum razele soarelui se strecoară printre crengile copacilor ... pe măsură ce vă relaxaţi tot mai mult ...

Pe măsură ce vă apropiaţi de marginea terasei observaţi că ea are cinci trepte care coboară în grădină ... până la o potecă îngustă care ajunge până la cascadă ... Coborâţi încet scările şi pe măsură ce coborâţi fiecare treaptă vă relaxaţi tot mai mult ... tot mai mult ... Păşiţi pe prima treaptă şi intraţi într-o stare de relaxare tot mai profundă ... coborâţi încă o treaptă şi starea de relaxare devine tot mai profundă ... coborâţi încă o treaptă şi starea de relaxare se

adânceşte şi mai mult ... păşiţi pe a treia treaptă şi simţiţi o stare de relaxare tot mai profundă ... o senzaţie plăcută de libertate interioară ... mai coborâţi o treaptă şi ajungeţi într-o stare de relaxare şi mai adâncă şi mai plăcută şi mai odihnitoare ... păşiţi pe a cincea treaptă şi vă relaxaţi tot mai adânc, tot mai profund ... mai profund ... mai profund ca niciodată ...

Porniţi acum încet pe cărarea care duce la cascadă şi ajungeţi la o bancă ... observaţi culoarea băncii ... lemnul din care este făcută ... aşezaţi-vă comod pe bancă ... veţi fi surprins să observaţi cât de comodă este poziţia în care staţi şi în care vă simţiţi şi mai relaxat ... şi mai destins ca până acum ... În timp ce staţi pe bancă, inspiraţi profund şi în timp ce expiraţi simţiţi cum o undă de relaxare pătrunde în fiecare fibră musculară ... în fiecare nerv ... (pauză de 60 de secunde) ... şi pe măsură ce inspiraţi din nou, absorbiţi o dată cu aerul gânduri bune şi pe măsură ce expiraţi ... eliminaţi încordarea, teama ... tristeţea ... lăsând tot mai mult loc gândurilor pozitive ..."

Gândirea pozitivă

Unii oameni sunt stresaţi din cauza personalităţii de bază. Ei fac, probabil, parte din tipul A de personalitate, care munceşte zi şi noapte fără odihnă, fără să-şi acorde timp de relaxare sau distracţii. Pentru persoanele astfel structurate, perfecţioniste, orice mic eşec este o catastrofă. Alte persoane au o imagine negativă despre sine din cauza psihotraumelor suferite în copilărie, iar cei din categoria a treia se văd pe sine în culori negative pentru că nu pot face faţă aşteptărilor exagerate, iraţionale din partea celorlalţi (de pildă, părinţii, care nu concep ca fiul lor să nu fie premiant, îl silesc să ia lecţii de pian şi matematică, deşi nu are aptitudini sau ar prefera altceva).

Oamenii pot atinge performanţe extraordinare când aleg corect lentilele prin care îşi observă propriile limite. Acestea se realizează prin concentrarea asupra calităţilor, şi nu asupra propriilor defecte. Inconştientul persoanelor care au succes în viaţă e programat în mod spontan pe ideea că ei pot face lucruri mari. O astfel de programare se poate realiza însă şi deliberat.

De vreme ce am admis faptul că noi nu gândim clar şi că gândirea „negativă" este o parte a propriului psihic, putem încerca să o modificăm. Primul pas constă în identificarea manifestărilor gândirii negative, proces numit de psihologi conştientizarea cognitivă. Urmează înlocuirea ei treptată cu gândirea pozitivă – restructurarea cognitivă –, proces care se desfăşoară atât în stare de veghe, cât şi în relaxare.

Iată câteva modele de gândire negativă care influenţează multe persoane (după Handley şi Neff, 1985):

- tendinţa spre perfecţionism, tendinţa prin care individul îşi fixează standarde, exigenţe şi scopuri excesiv de înalte, iraţionale;
- concentrarea negativă constă în acordarea unei atenţii exagerate aspectelor negative permiţându-le să le estompeze pe celelalte;
- în situaţiile pozitive (când cineva îmi face un compliment, îmi închipui că îşi bate joc de mine);
- fenomenul transformării „albului în negru". Acesta se manifestă atunci când folosim fapte neutre sau chiar pozitive pentru a trage concluzii negative. Astfel, de multe ori, se interpretează ca ostile acţiunile unei persoane care, de fapt, se simte stânjenită sau are o supărare personală;
- modelul amplificare-reducere reprezintă deprinderea de a exagera un eveniment negativ şi de a minimaliza unul pozitiv;
- crearea de fantasme prin care ne lăsăm în voia reveriei cu conţinut negativ ce ne invadează psihicul;
- comportamentul „trebuie" care ne determină să acţionăm împotriva voinţei noastre de parcă un şef imaginar şi sever ne-ar presa mereu. Această gândire tiranică nu face decât să genereze culpabilitatea care mai mult ne frânează decât ne ajută să acţionăm;
- eroarea de a generaliza constă în a ne spune tot timpul că suntem răi sub toate aspectele dacă am făcut o greşeală oarecare. Adevărul este că toţi oamenii fac greşeli şi că nu sunteţi o persoană mai puţin valoroasă dacă vi s-a întâmplat să greşiţi. O altă variantă a aceleiaşi erori o constituie şi tendinţa de a generaliza o respingere întâmplătoare asupra tuturor situaţiilor de viaţă (când o fată s-a purtat distant cu tine la o petrecere, îţi spui imediat că „nu faci două parale");
- asumarea unor responsabilităţi care nu ne privesc înseamnă a ne simţi vinovaţi de erorile şi comportamentele negative ale altor persoane (de exemplu, dacă soţul bea prea mult, soţia plânge şi-şi spune „e vina mea").

Cum putem opri cursul gândirii negative atunci când am identificat-o?

O metodă simplă este să rugăm pe cineva apropiat să ne atragă atenţia ori de câte ori exprimăm cu voce tare gândurile noastre negative.

Când aceasta se exprimă în limbaj interior, putem utiliza metoda opririi bruşte (ne spunem în gând „opreşte"), sau pe cea a încetinirii vocii interioare cu conţinut negativ (Unestähl, 1988). Aceasta constă în identificarea respectivei voci interioare şi încercarea de a o face să ne răsune în minte tot mai încet, până când nu se mai aude aproape deloc.

Gândirea pozitivă acţionează cu maximum de eficienţă în starea de relaxare sau autohipnoză. Pacientei care se teme să iasă singură pe stradă pentru că va intra în panică, i se recomandă ca în stare de relaxare să îşi spună: „Ori de câte ori voi ieşi pe stradă corpul şi mintea mea vor fi perfect relaxate. Mă voi simţi calmă, echilibrată, destinsă. Mă bucur să ies pe stradă şi mă văd cu ochii minţii mergând peste tot, senină, cu o figură zâmbitoare, făcând lucruri interesante, care îmi produc o reală plăcere".

Cum inducem autohipnoza?

Primul pas în inducerea autohipnozei este învăţarea unei tehnici simple de relaxare.

În lucrarea de faţă nu ne propunem descrierea mecanismelor relaxării, ci doar prezentarea unor procedee elementare care pot fi utilizate de către oricine, fără riscuri. Îi avertizăm pe cititori că, dacă problemele lor sunt mai serioase, este bine să se adreseze cabinetelor de psihoterapie sau medicină psihosomatică.

„Luaţi o poziţie comodă, culcat pe spate, cu capul ridicat (este indicat să folosiţi o pernă mică) şi braţele uşor depărtate de corp, palmele în sus şi picioarele, de asemenea, depărtate.

Puteţi, la nevoie, să vă instalaţi şi într-un fotoliu, cu capul sprijinit şi braţele aşezate comod pe braţele fotoliului sau pe coapse.

La început încordaţi de câteva ori toţi muşchii şi apoi căutaţi să-i destindeţi, închideţi ochii şi imaginaţi-vă că destindeţi muşchii frunţii, obrajii, maxilarele. Simţiţi pleoapele grele, grele ca atunci când sunteţi pe cale să adormiţi. Relaxaţi muşchii cefei şi gâtului, apoi umerii şi braţele de sus până în vârful degetelor. Destindeţi musculatura pieptului, abdomenului, spatelui. Căutaţi să vă imaginaţi cum coloana vertebrală parcă se destinde pe dinăuntru, parcă vertebrele se depărtează unele de altele ca verigile unui lanţ care se întinde. Relaxaţi picioarele, coapsele, gambele ajungând până la degete. Expiraţi de câteva ori profund şi lent; imaginaţi-vă că, o dată cu fiecare expiraţie, corpul devine tot mai moale, mai destins, mai liniştit. Apoi spuneţi-vă în gând că braţele devin grele, tot mai grele, tot mai grele, parcă ar fi de plumb. Imaginaţi-vă în acelaşi timp că două greutăţi (cărţi groase, săculeţi cu nisip) sunt aşezate pe braţe şi le apasă, făcându-le tot mai grele, grele ca de plumb. Vizualizaţi greutăţile care apasă pe picioare şi le fac din ce în ce mai grele.

Spuneţi-vă că tot corpul devine mai greu, tot mai greu, mai destins, mai liniştit; încercaţi să vă imaginaţi propriul corp care stă întins, liniştit, pe o pajişte însorită sau pe o plajă mare.

Căutaţi să menţineţi imaginea plăcută şi odihnitoare în care vă vedeţi odihnindu-vă în mijlocul naturii şi spuneţi-vă că vă cuprinde o stare de calm, de linişte, de pace interioară.

Vă simţiţi destinşi, liniştiţi şi parcă vă vine greu să ieşiţi din starea pe care singuri aţi creat-o, şi acesta reprezintă cel mai bun indiciu în privinţa reuşitei relaxării.

Când doriţi să reveniţi, vă spuneţi în gând că reveniţi la normal, vizualizaţi corpul care îşi recapătă tonusul firesc, inspiraţi de câteva ori profund, expiraţi scurt, mişcaţi degetele de la mâini şi de la picioare, apoi braţele şi picioarele. Strângeţi de câteva ori pumnii, inspiraţi şi expiraţi şi apoi vă ridicaţi vioi, fără a brusca organismul.

Dacă relaxarea nu a reuşit, nu vă demobilizaţi, încercaţi de multe ori, în zile şi ore diferite. Până la urmă inconştientul dumneavoastră va găsi singur soluţia de a intra în starea agreabilă în care poate lucra atât de bine".

Dar relaxarea nu este decât prima fază a autohipnozei pe care mulţi autori au denumit-o relaxare profundă.

După ce subiectul a participat la câteva şedinţe de hipnoză sub îndrumarea unui specialist sau a practicat cu succes relaxarea, modalităţile de a intra în autohipnoză i se vor părea destul de simple. Hunter (1988) ne propune câteva tehnici de autohipnoză, precum şi unele strategii de utilizare autoformativă a acesteia.

„Este momentul să începi să practici singur hipnoza acasă, pentru a întări ceea ce facem noi aici (se solicită cooperarea subiectului).

Trebuie să cunoşti faptul că, deşi există unele reguli generale de practicare a autohipnozei, este de dorit să-ţi găseşti acele formule sau ritualuri de a intra în autohipnoză care ţi se potrivesc mai bine (personalizarea tehnicii).

Eu îţi voi prezenta o tehnică de intrare în stare de autohipnoză care s-ar putea să ţi se pară potrivită cu unele mici modificări: poate unele cuvinte ai dori să fie altele, poate ai prefera să utilizezi alte imagini sau alte amintiri ori poate un ritm diferit sau poate ai vrea să-ţi vorbeşti în limba pe care o foloseai în copilărie.

Poate că ceea ce îţi spun eu îţi aminteşte de ceva din propria ta experienţă, ceva ce ai dori să-ţi servească drept «cheie» pentru a intra în autohipnoză (reamintirea şi retrăirea în plan imaginativ a unor experienţe trecute reprezintă un fenomen regresiv).

Ţinând seama de ceea ce ţi-am spus, vei ajunge să-ţi construieşti calea proprie spre autohipnoză".

Totul trebuie să fie simplu. În hipnoză, cea mai bună tehnică este totdeauna cea mai simplă, şi aceasta e tehnica numărării (Evitaţi să cereţi subiectului să stea culcat pentru că astfel se induce mai curând somnul decât hipnoza.) Aşezaţi-vă într-o poziţie confortabilă, cu capul sprijinit, închideţi ochii şi începeţi să număraţi. Număraţi lent până când ajungeţi la starea de destindere dorită". Unii oameni au şi făcut un fel de pact cu ei înşişi, de tipul: „când voi ajunge cu numărătoarea la 10 mă voi afla într-o hipnoză uşoară, când voi ajunge la 20 voi fi într-o hipnoză moderată, iar când voi ajunge la 25 voi putea să mă ocup de problemele mele în stare de autohipnoză".

Există persoane care, în loc să numere, preferă să repete mereu serii de numere: 1-2-3-4-5; 1-2-3-4-5 etc. sau să repete în gând literele alfabetului, şi aceasta le aduce aminte de experienţele din copilărie (invitaţia la regresie reprezintă o *sugestie hipnotică*). O altă modalitate de a obţine starea dorită este să vă *vedeţi* sau să vă *simţiţi* pe dumneavoastră înşivă coborând într-o grădină în terase sau, dimpotrivă, urcând o scară către *stele*, plutind tot mai uşor de la o treaptă la alta, fiecare treaptă ducând spre un nivel mai profund al hipnozei. Puteţi să vă imaginaţi oricâte trepte sau oricâte terase, câte credeţi că v-ar fi necesare pentru a atinge starea dorită (Atenţie! Există persoane care au imaginaţie mai curând kinestezică decât vizuală. Cei care îşi imaginează starea de autohipnoză ca un fel de zbor pot să nu agreeze imaginea de a zbura în jos. De asemenea, conceptul de a coborî sau de a se cufunda poate fi anxiogen pentru unii subiecţi. Oferiţi subiectului posibilitatea de a alege între imaginea urcării şi coborârii.)

Unii oameni preferă să folosească mai multe imagini: poate v-ar plăcea să vă imaginaţi că plutiţi într-o barcă pe apele unui râu, admirând razele soarelui ce se strecoară printre frunzele pomilor şi se reflectă în apa al cărei clipocit plăcut vă produce o stare de hipnoză. (Asiguraţi-vă că subiectul nu se teme de apă.) Sau poate v-ar plăcea să vă imaginaţi că plutiţi pe un nor sau exploraţi cu ochii minţii galaxiile. Puteţi să utilizaţi orice reverie diurnă care vă face plăcere. Alţi oameni preferă să se joace cu culorile, imaginându-şi un fel de caleidoscop interior sau un punct colorat pe care îl privesc cu ochii minţii, închipuindu-şi că se apropie tot mai mult şi devine tot mai mare până când norul colorat îi învăluie complet, cufundându-i în hipnoză. Alţii preferă imagini şi sunete familiare, cum ar fi tic-tacul ceasornicului, zgomotul valurilor mării, melodia preferată sau ritmul propriei respiraţii. Concentrarea asupra unor procese interioare (respiraţia) tinde să accentueze hipnoza.

Alegeţi acea metodă care vi se potriveşte mai bine şi concentraţi-vă asupra a ceea ce v-aţi propus timp de câteva minute. Repetaţi acest exerciţiu de concentrare timp de câteva minute, imaginaţi-vă că intraţi în autohipnoză prin metoda aleasă.

Aşezaţi-vă comod, cu capul sprijinit, închideţi ochii cu intenţia clară de a intra în autohipnoză. Simţiţi tremurul uşor al pleoapelor ca atunci când vi s-a indus hipnoza în cabinet. (Treceţi de la heterohipnoză la autohipnoză.) Bucuraţi-vă de starea plăcută de relaxare în care vă puteţi cufunda după *voinţă*. Repetaţi de câteva ori în gând întregul scenariu. Este autohipnoza dumneavoastră. Veţi învăţa să controlaţi starea de transă în felul următor. Eu voi număra de la 5 la 1.

Înainte ca eu să ajung cu numărătoarea la 1 vă voi atinge fruntea cu degetul. Când veţi simţi atingerea degetului meu, utilizaţi tehnica personală care vă va aduce înapoi în hipnoză, într-o stare puţin mai profundă decât cea în care vă aflaţi acum: „5-4 –, e bine aşa; 3, suntem la jumătatea drumului; 2 (terapeutul atinge cu degetul fruntea subiectului) – acum intraţi prin metoda personală în autohipnoză. Mergeţi mai profund decât aţi făcut-o prima oară. (Sugestiile susţin ideea că subiectul va avea autocontrolul stării sale.) Atingerea degetului meu serveşte drept *întărire* pentru faptul că utilizaţi bine tehnica de autohipnoză.

Acum observaţi dacă ceea ce aţi realizat aici în cabinet împreună cu mine seamănă cu propria tehnică de autohipnoză utilizată. Dacă credeţi că sunt necesare unele modificări, faceţi-le *acum*. (Se oferă subiectului posibilitatea să mai realizeze o repetiţie, de data aceasta într-un mod diferit.)

Acum voi întări din nou tehnica aşa cum am făcut înainte. Eu voi începe să număr de la 5 la 1 şi, înainte de a ajunge cu numărătoarea la 1, veţi simţi atingerea degetului meu arătător şi veţi reveni la stare de relaxare, mai profundă decât cea în care vă aflaţi în clipa de faţă 5-4-3 (atingerea frunţii) – reîntoarceţi-vă acum la starea de relaxare pe cale proprie. Atingerea degetului meu arătător nu este decât o *întărire* pentru modul personal în care intraţi în hipnoză. (Se accentuează ideea că subiectul are controlul situaţiei. Acesta este *aprobat* pentru ceea ce face.) Lăsaţi-vă dus spre o stare de relaxare mai adâncă şi mai plăcută, stare care este potrivită pentru dumneavoastră în momentul de faţă. *E foarte bine aşa.* Aţi învăţat acum o tehnică pe care o veţi putea utiliza atunci când, dintr-un motiv sau altul, veţi dori să aprofundaţi starea de autohipnoză. E bine să ştiţi că noi nu putem forţa în nici un fel subconştientul să realizeze ceva. Nu-l putem deci nici forţa să intre într-o hipnoză mai profundă. Putem, în schimb, să-l încurajăm şi vom face acest lucru în tehnicile de adâncire a autohipnozei. (Pentru ca tehnica autohipnozei să aibă succes este bine ca subiectul să exerseze zilnic şi, pe cât posibil, la aceeaşi oră.) Va fi o întâlnire cu dumneavoastră înşivă. Dacă acordaţi autohipnozei 5 sau 15 minute, are mai puţină importanţă. Cu adevărat important este să se lucreze zilnic, pentru că autohipnoza reprezintă un reflex condiţionat: cu cât o practici mai mult, cu atât reuşeşti mai bine şi cu cât reuşeşti mai bine, cu atât este mai folositoare".

Subiecţilor trebuie să li se facă unele precizări:

- Frecvent, tehnica aplicată acasă nu dă rezultate la fel de bune ca cea realizată împreună cu terapeutul. Dacă subiectul este prevenit, el nu va mai fi dezamăgit.
- Trebuie să i se atragă atenţia pacientului că nivelul de profunzime al autohipnozei este rareori identic cu cel al heterohipnozei, mai ales la începători.

- Subiectul trebuie să ştie că, atunci când realizează autohipnoza, o mică parte a conştiinţei rămâne în stare de alertă pentru a conduce procesul, în timp ce în heterohipnoză şi acea mică parte poate să se relaxeze.
- Trebuie menţionat faptul că şi în cazul în care subiectul atinge doar o stare foarte uşoară, experienţa fiind dezamăgitoare, totuşi merită efortul de a continua pentru că orice nouă experienţă nu face decât să întărească tehnica.
- Subiectul trebuie învăţat să utilizeze propoziţii simple, afirmative, să evite *negaţiile* şi să limiteze lucrul doar la una sau două probleme pe care le are de rezolvat în cursul unei singure şedinţe de autohipnoză.

Teme pentru acasă (Hunter, 1988):

În cadrul acestor teme veţi învăţa să conversaţi cu subconştientul dumneavoastră.

Şedinţa I

a) Prima temă pe care i-o vom da subconştientului se referă la strângerea de informaţii. Veţi explora trecutul, prezentul şi poate chiar viitorul pentru a intra în posesia acelor informaţii care vă sunt utile în cursul psihoterapiei. Subconştientul va aduna pentru dumneavoastră aceste informaţii, le va organiza, le va filtra şi va fi gata să le prezinte mentalului conştient la timpul potrivit şi în forma potrivită.

Probabil nici nu vă puteţi da seama că acest proces are loc, deoarece el se desfăşoară dincolo de pragul conştiinţei. Din când în când poate ar fi bine să aruncaţi o privire dincolo de acest prag şi atunci o amintire veche vă poate veni în minte şi chiar vă veţi întreba: „Oare de ce m-am gândit tocmai la asta?". Se poate întâmpla ca un lucru care până atunci părea confuz să devină dintr-o dată clar, fără să ştiţi de ce, sau e posibil să priviţi din alt punct de vedere un lucru la care v-aţi gândit mai înainte de sute de ori, surprinşi de faptul că nu l-aţi examinat până atunci din noua perspectivă. (Pacienţii relatează frecvent în cursul celei de-a doua şedinţe că şi-au amintit tot felul de lucruri din trecut.) Dacă aceste lucruri se întâmplă, veţi remarca că ele se desfăşoară la un nivel foarte subtil.

b) A doua temă pe care o dăm subconştientului seamănă cu prima şi amândouă pot fi realizate simultan: îi cerem subconştientului să reevalueze vechi probleme care au legătură cu perioada prezentă (sugestii pentru modificarea perspectivei). De pildă, copilului care aţi fost, casa părintească i se părea uriaşă, în timp ce adultului de acum ea îi poate părea normală, dacă nu chiar mică. Nu casa s-a schimbat, ci *noi* ne-am schimbat.

Deci, toate interpretările de odinioară erau valabile, dar pentru timpul de atunci, pentru că la acea dată eraţi o persoană diferită. Este bine să lăsăm sub-

conştientul să reevalueze vechile lucruri, perfect valabile şi folositoare atunci, dar care nu mai sunt valabile şi folositoare într-o altă etapă a existenţei noastre. (Noua perspectivă poate modifica viziunea asupra unui eveniment.) De aceea, este bine ca asemenea experienţe să fie reevaluate, modificate, aduse cumva la zi, astfel încât să fie încheiate şi puse de-o parte.

Înlăturând vechile experienţe care s-ar putea să vă deranjeze şi în prezent, faceţi loc pentru noi lucruri bune care trebuie să se întâmple. (Se sugerează că se vor întâmpla noi evenimente pozitive.)

Şedinţa a II-a

A sosit deja timpul ca eu să mă adresez mai direct subconştientului dumneavoastră, aşa că lăsaţi-vă mintea conştientă să facă ceea ce doreşte. Dacă ea preferă să asculte, este foarte bine. Dacă vrea să-şi ia zborul este, de asemenea, foarte bine.

Eu mă voi adresa direct subconştientului pentru că a sosit timpul să-i mai trasez o sarcină.

Prima temă constă în a-i cere subconştientului să aleagă din noianul de informaţii culese exact acea informaţie care este relevantă pentru o anumită situaţie particulară. Lăsaţi subconştientul să aleagă el situaţia respectivă.

Noi putem să credem că o anumită situaţie trebuie să fie în atenţia noastră, dar subconştientul deţine mult mai multe informaţii despre situaţia respectivă decât conştientul.

Să dăm conştientului libertatea de a alege situaţia şi de a extrage acea informaţie pe care o consideră relevantă şi să procedeze aşa cum crede el de cuviinţă.

Veţi avea astfel o săptămână interesantă pentru că ceva în viaţa dumneavoastră se va schimba un pic în sens pozitiv şi nu ştim încă exact despre ce este vorba (puţin mister are un caracter incitant pentru subiect). Va fi probabil un lucru minor, ceva vi se va părea mai uşor de făcut, nu vă va mai deranja în aceeaşi măsură, veţi găsi o nouă cale de a realiza acel lucru etc.

Deoarece este vorba de un lucru neînsemnat, păstraţi conştiinţa trează pentru a fi capabil să recunoaşteţi mica schimbare şi, când o găsiţi, bucuraţi-vă de ea (căutaţi un lucru bun şi cu siguranţă îl veţi găsi).

A doua temă este identică cu cea pe care aţi mai realizat-o deja: lăsaţi subconştientul să reevalueze vechi probleme, valabile la timpul respectiv, dar care acum au devenit piedici, sunt învechite şi ar trebui revizuite, modificate, *vindecate,* astfel încât să fie pe deplin încheiate şi puse de-o parte. În felul acesta veţi face loc pentru lucruri Noi şi Bune care deja se întâmplă. Da, da! Ele se întâmplă deja. (Se accentuează termenul „vindecate". Sugestia de vindecare este preluată direct.)

Veţi recunoaşte cu siguranţă starea de autohipnoză după profunzimea ei, după senzaţia plăcută de plutire, de linişte, parcă de pierdere a percepţiei propriului corp, cât şi după starea afectivă agreabilă de linişte, calm şi încredere.

Odată starea instalată, putem investiga inconştientul în legătură cu propriile probleme şi apoi îl putem reprograma schimbându-ne întreaga existenţă, devenind mai sănătoşi, mai echilibraţi, mai fericiţi, mai eficienţi.

Reprogramarea se realizează prin utilizarea autosugestiilor afirmative, a vizualizării, a cultivării gândirii pozitive şi prin stabilirea unor scopuri precise legate de modul în care doriţi să vă transformaţi.

A dori şi a spera nu atrag automat după sine nici o schimbare. În schimb, stabilirea unor scopuri o poate aduce, ele reprezentând treptele de urmat pentru a face ca o schimbare dorită să devină realitate. Fie că ne place, fie că nu, dorinţele noastre devin scopuri pentru inconştient, se fixează sub forma unor programe care ne dirijează existenţa. Din păcate, adesea, aceste scopuri se exprimă în sens negativ, blocându-ne activitatea.

Pentru ca scopurile propuse să ne ajute să ne dezvoltăm trebuie să fim animaţi de dorinţa fierbinte de a reuşi să le atingem. Scopul propus trebuie să fie suficient de important pentru individ, astfel încât să-l facă să-şi mobilizeze forţele pentru a-l atinge.

În acelaşi timp, scopurile trebuie să fie realiste. Nu ne putem transforma peste noapte dintr-o persoană grasă într-una slabă, dar un obiectiv stabilit pe termen lung poate să ne ajute să slăbim. Ca şi celelalte autosugestii, scopurile trebuie exprimate în termeni pozitivi. Înlocuiţi formularea „nu mai vreau să fiu grasă" cu formularea „mă văd suplă".

Unii autori consideră că ceea ce s-a prelucrat în stare de autohipnoză se va întări în stare de veghe prin practicarea comportamentului „ca şi cum", ceea ce înseamnă „comportaţi-vă ca şi cum aţi fi deja persoana care doriţi să deveniţi".

Autohipnoza şi rezolvarea problemelor (Hunter, 1988)

Rezolvarea problemelor în stare de hipnoză oferă subiectului posibilitatea să facă ceva în mod diferit. Oamenii sunt, de regulă, atât de prinşi în cercul vicios al dilemelor lor, încât au impresia că nu mai există nici o soluţie.

Tehnicile propuse de Marlene Hunter nu sunt altceva decât modalităţi de schimbare a sistemului de referinţă prin prisma căruia este privită problema.

Persoanele care se prezintă la psihoterapie aşteaptă un fel de cură miraculoasă care să le rezolve situaţia, ei dorind mai curând să-i schimbe pe ceilalţi

decât pe sine, ceea ce reprezintă o cerinţă nerealistă. Hipnoza oferă subiecţilor o modalitate neanxiogenă de ieşire din starea în care se află – un nou mod de abordare a situaţiei.

Milton Erickson afirmă că fiecare om are în el informaţia necesară şi suficientă pentru schimbare, iar terapeutul nu face decât să faciliteze această schimbare.

•

Tehnica celor trei cutii (Hunter, 1988)

Metoda pe care o vom învăţa astăzi este foarte simplă, parcă ar fi un joc de copii şi, datorită simplităţii ei, se potriveşte oricărui fel de problemă. Mai mult, tehnica fiind simplă, nu va trebui să irosiţi energie pentru aplicarea ei, ci doar pentru rezolvarea situaţiei care vă frământă.

Gândiţi-vă, pentru început, la o problemă de mică importanţă din viaţa dumneavoastră, la un lucru pe care aţi dori să-l faceţi mai bine decât îl faceţi la ora actuală. Analizaţi situaţia problematică desprinzând elementele ei componente.

Imaginaţi-vă că aveţi trei cutii. Pe prima cutie se află o etichetă pe care scrie „Ceilalţi oameni". Imaginaţi-vă că aşezaţi în această cutie toate părţile problemei care sunt generate de alţi oameni. Desigur, poate să apară tentaţia de a considera că întreaga problemă este generată de ceilalţi, dar, dacă ne gândim mai bine, ne dăm seama că nu este chiar aşa.

Pe a doua cutie „lipiţi" eticheta „Fapte" şi aşezaţi în ea datele realităţii obiective. De pildă, dacă aveţi un termen pentru o lucrare, data respectivă va fi aşezată în cutia imaginară pe care scrie „Fapte". Dacă termenul este stabilit de o altă persoană, schimbaţi plasamentul revenind la prima cutie.

A treia cutie se referă la propria persoană şi poartă eticheta „Eu". Aici veţi „plasa" reacţiile personale şi trăirile legate de situaţia respectivă, cum ar fi, de pildă, reacţia la gândul că se apropie termenul de predare a lucrării. Îşi vor găsi locul aici teama, mânia, mândria, tristeţea, experienţele trecute, dorinţele, aşteptările.

Luaţi apoi cutia pe care scrie „Ceilalţi oameni" şi aruncaţi-o cât mai departe, pentru că este limpede că nu-i putem schimba pe ceilalţi. Desigur, ceilalţi se pot schimba, dar ei o vor face sub imperiul nevoii lor interioare. Atenţie, nu „aruncaţi" la coş oamenii care pot fi persoane semnificative în viaţa dumneavoastră (soţi, copii, părinţi, prieteni), ci doar partea lor de contribuţie la situaţia care vă face nefericiţi.

Luaţi acum a doua cutie pe care scrie „Fapte" şi aruncaţi-o de-o parte pentru că e limpede că nu putem modifica datele realităţii obiective. Situaţia se poate schimba, desigur, dar atunci avem de-a face cu un nou set de date obiective.

Dacă analizaţi acum problema dumneavoastră, veţi constata că ea are o configuraţie diferită: în primul rând este mai mică şi în al doilea rând au rămas din ea acele părţi în privinţa cărora se poate face ceva.

Să desfacem acum cutia a treia. S-ar putea ca în interiorul ei să existe anumite elemente care, într-adevăr, nu se pot schimba (de pildă, nu putem să ne modificăm vârsta, în cazul în care pensionarea este problema care ne supără). Unele persoane ar decide să pună acest element în categoria „Fapte", deşi fiind un factor personal, poate fi plasat în cutia „Eu".

În cutia a treia s-ar putea să existe şi unele elemente care se pot schimba, dar pe care, dintr-un motiv sau altul, nu doriţi să le schimbaţi. Nu are importanţă care sunt motivele acelea (egoiste, banale), trebuie doar să recunoaşteţi respectivele elemente şi să le plasaţi în cutie într-un loc accesibil, astfel încât să le puteţi reevalua atunci când veţi dori s-o faceţi.

Au mai rămas acum puţine elemente în cutia a treia, poate unu sau două şi pe acestea sunteţi *gata să le schimbaţi.*

Acesta reprezintă începutul unei rezolvări constructive a problemei. Observaţi aceste mici părţi ale problemei, părţi pe care doriţi să le schimbaţi şi începeţi prin a opera prima modificare. Curând veţi fi surprinşi să constataţi că lucrurile care vă deranjau nu mai constituie o „problemă", ci doar o situaţie pe care o puteţi stăpâni foarte bine.

• *Metafora „aisbergului"* (Hunter, 1988)

Există multe metafore care ne ajută să ne rezolvăm problemele de viaţă, şi una dintre acestea este metafora „aisbergului'.

Se ştie că un aisberg este un imens gheţar plutitor în ocean, din care doar a noua parte este vizibilă deasupra apei, restul fiind ascuns sub apă.

Să definim problema care vă supără drept un „aisberg", rezolvarea ei reprezentând topirea lui. Este foarte dificil să topim un aisberg atât de mare şi de rece, dar e mult mai uşor să topim un cub de gheaţă.

Deci, pentru a topi aisbergul nostru şi, respectiv, pentru a rezolva problema, imaginaţi-vă că rupeţi o bucăţică de gheaţă din marele aisberg. O puteţi topi în multe feluri: ţinând-o în mână, expunând-o la soare sau sub un jet de apă. Dar ce se întâmplă când topiţi cubul de gheaţă?

Ei bine, nu mai aveţi gheaţă, ci doar apă, şi apa este o materie diferită. Priviţi acum aisbergul. Locul de unde aţi desprins bucata de gheaţă străluceşte la lumina soarelui în culori minunate, albastru şi verde, culori pe care nu le-aţi observat înainte pentru că erau „ascunse" de suprafaţa plată a aisbergului. Aisbergul are acum o formă *diferită*, are dimensiuni mai mici şi chiar mai mult, o bucată din el, care înainte era ascunsă sub apă, a ieşit acum la suprafaţă şi *poate*

fi văzută. (Când se schimbă o parte, se schimbă şi restul problemei care capătă un aspect diferit.)

Continuaţi să desprindeţi mici bucăţi din aisberg şi să le topiţi şi veţi observa că treptat, va apărea o situaţie cu totul diferită: aţi obţinut o rezervă însemnată de apă folositoare, iar aisbergul – care părea atât de mare şi înfricoşător – are acum o cu totul altă formă şi dimensiune şi scânteiază în culori strălucitoare pe care le admiraţi. (Se subliniază pentru pacient aspectul total nou al situaţiei, ca şi eventualele avantaje neaşteptate.)

• *Metafora punţii şi a bolovanului* (Hunter, 1988)

Imaginaţi-vă că urcaţi cu greu un munte înalt. Pe drumul stâncos este foarte cald. În dreapta şi în stânga sunt stânci şi prăpăstii. Sunteţi foarte obosit şi însetat şi nu se întrevede nici o uşurare. Din câte ştiu, acesta este singurul drum pe care puteţi merge pentru a ajunge acolo unde doriţi şi este foarte important să vă atingeţi ţinta.

Deci, urcaţi însetat şi obosit, luptând cu înălţimile, treaptă cu treaptă. (Treaptă cu treaptă, pas cu pas, reprezintă sugestia de a nu sări peste etape.)

Mai faceţi un pas şi încă un pas. Deodată observaţi că o bucată mare de stâncă, rostogolită de undeva de sus, vă barează calea (metafora dificultăţii neaşteptate). Ce este de făcut? Puteţi, dacă doriţi, să vă continuaţi călătoria împingând bolovanul şi înaintând aşa.

Este foarte obositor şi presupune un mare consum de timp şi energie, dar o puteţi face. Unii oameni sunt în stare s-o facă. (Unii subiecţi nu-şi dau seama că au posibilitatea de alegere şi continuă să lupte cu încăpăţânare făcând mereu acelaşi lucru.)

Aţi putea folosi puţin din energia dumneavoastră şi, în loc să împingeţi bolovanul înainte, l-aţi putea deplasa puţin într-o parte, doar puţin, cât să vă strecuraţi pe lângă el. Sau aţi putea să vă căţăraţi pe stânci şi să ocoliţi drumul principal, după care aţi reveni la el.

Aţi ajuns cumva de partea cealaltă a drumului şi vă puteţi continua călătoria. În acelaşi timp vă puteţi întoarce oricând pentru a ataca obstacolul într-un mod diferit în viitor dacă, bineînţeles, doriţi s-o faceţi. (Pacientul nu a „distrus punţile" şi poate aborda obstacolul altădată.)

Să presupunem că aţi procedat aşa. Vă aflaţi de cealaltă parte a bolovanului, continuându-vă călătoria, şi drumul devine tot mai îngust, tot mai abrupt, mai plin de praf. Stâncile sunt tot mai colţuroase şi prăpăstiile tot mai adânci. Mergeţi mereu înainte şi nu vedeţi capătul drumului, dar continuaţi să urcaţi. La un moment dat ajungeţi la o prăpastie adâncă şi constataţi că podul peste respectiva prăpastie s-a rupt. Vedeţi cum drumul continuă de partea cealaltă. (Se sugerează ideea că orice problemă implică mai multe dificultăţi.)

Ce este de făcut? Dacă doriţi, vă puteţi continua călătoria căţărându-vă cu dificultate pe peretele stâncos din partea laterală a prăpastiei. Este un drum dureros şi greu, dar unii oameni îl parcurg (metafora pentru depresie).

Aţi putea însă să vă folosiţi toată imaginaţia şi creativitatea pentru a găsi o modalitate de a realiza o punte provizorie peste prăpastie.

S-ar putea să răsturnaţi un copac peste prăpastie, astfel încât crengile lui să ajungă de cealaltă parte a râpei, sau să împletiţi o frânghie din ierburi ori aţi putea folosi curcubeul drept punte. (Pacientul deţine în el informaţia cu privire la ce are nevoie.)

Trebuie să treceţi dincolo şi să vă continuaţi călătoria. Puteţi oricând reveni pentru a cerceta prăpastia dacă acest lucru este important pentru dumneavoastră. (Poate altădată pacientul doreşte să ştie ceva mai mult despre acest obstacol.)

Dar, dacă uneori vă simţiţi blocat în acţiunile pe care intenţionaţi să le întreprindeţi, solicitaţi subconştientul să gândească pentru dumneavoastră problema utilizând imaginile cu stânci şi punţi, pentru că totdeauna *există o soluţie.*

O altă abordare a unor situaţii problematice constă în a sugera subiectului să împartă problema în capitole sau în domenii ca, de pildă, şcoala, situaţia de acasă etc., sau probleme dificile, probleme uşoare de rezolvat, dileme, dificultăţi financiare etc. Se poate considera, de asemenea, că fiecare capitol trebuie să reprezinte o etapă în viaţa individului.

• Metafora sistemului de referinţă

Modificarea sistemului de referinţă înseamnă abordarea situaţiei dintr-o nouă perspectivă.

Rescrierea scenariului de viaţă

Pacientul nu se află în hipnoză când începe aplicarea acestei tehnici. I se administrează următorul instructaj: „Săptămâna trecută, când v-aţi aflat în hipnoză, v-aţi amintit de o experienţă foarte neplăcută pe care aţi trăit-o demult. (Unii terapeuţi obişnuiesc să solicite mai multe detalii cu privire la experienţa respectivă. Marlene Hunter preferă să cunoască doar cadrul general şi să lase subconştientul pacientului să prelucreze informaţiile în modul său particular.)

Am căzut amândoi de acord că vom încerca să alinăm suferinţa trecută. Adesea obişnuim să ne spunem: «dacă aş fi ştiut atunci ceea ce ştiu acum, aş fi procedat cu totul altfel». Desigur, oricine ar fi procedat aşa. Dar să nu uităm că atunci *Nu am ştiut şi am procedat cât se poate de bine ţinând seama de informaţiile de atunci* (validarea deciziilor anterioare). Sunt sigur că *aţi procedat în modul cel mai corect la timpul respectiv.* De asemenea, noi tindem să credem că, dacă am fi procedat altfel, ar fi fost mai bine. *Să nu uităm însă că nu avem de unde să ştim acest lucru* (deculpabilizarea subiectului). Ceea ce ştim sigur este

că, dacă am fi procedat astfel, evenimentele ulterioare ar fi fost diferite, fără să putem şti dacă ar fi fost mai bune sau mai rele.

Acum, când ştiţi multe, puteţi vedea retrospectiv diverse alternative ale situaţiei respective. În stare de hipnoză vă veţi întoarce în timp şi veţi retrăi situaţia respectivă aşa *cum aţi fi dorit să fie.* Desigur, mintea dumneavoastră conştientă ştie foarte bine ce faceţi, dar subconştientul poate folosi experienţa hipnotică pentru a vindeca vechile răni.

Aşezaţi-vă confortabil în fotoliu şi urmăriţi cu privirea degetul meu care coboară încet până când vă atinge fruntea. În timpul acesta, ochii dumneavoastră se închid, simţiţi un uşor tremor al pleoapelor şi intraţi în hipnoză în modul dumneavoastră personal, până la acel nivel care vă este necesar pentru a obţine ceea ce doriţi să obţineţi astăzi. E bine aşa. Când credeţi că aţi atins profunzimea dorită inspiraţi adânc ca să ştiu şi eu că vă aflaţi în starea optimă. E bine aşa. Vă simţiţi în siguranţă în stare de hipnoză în cabinetul meu. Când veţi simţi atingerea degetului meu pe fruntea dumneavoastră, lăsaţi subconştientul să se întoarcă în timp, atunci când a avut loc acea experienţă dureroasă. Simţindu-vă apărat şi în siguranţă la mine în cabinet, retrăiţi în plan mental experienţa respectivă. Dacă vă vine să plângeţi, plângeţi. Lacrimile vor spăla vechea durere. Dacă o să-mi daţi voie o să vă şterg eu lacrimile. (Nu trebuie să atingem subiectul fără să-i cerem permisiunea.) Când aţi terminat de retrăit experienţa neplăcută în gând, faceţi-mi un semn (Pacientul dă din cap.) Bine.

Acum lăsaţi subconştientul să se întoarcă din nou în timp şi retrăiţi de data aceasta experienţa aşa *cum aţi fi dorit să fie,* scoţând la iveală toate informaţiile, cunoştinţele şi nivelul de înţelegere pe care le aveţi acum. Folosiţi tot ce aţi învăţat de-a lungul timpului pentru a reaşeza vechea experienţă într-un nou cadru. Plasaţi-o în alt sistem de referinţă. Ştiţi deja cum trebuie să faceţi asta. E bine aşa. Când aţi terminat de modificat cadrul din care priviţi vechea experienţă neplăcută, lăsaţi din nou subconştientul s-o retrăiască, ca şi cum ar fi prima oară.

Când procedaţi astfel, conştientizaţi faptul că se produce un proces de vindecare. *Simţiţi* cum are loc vindecarea. Căutaţi s-o trăiţi. Rămâneţi cât timp doriţi în stare de hipnoză. Eu voi fi atent la ceas pentru dumneavoastră. Lăsaţi procesul subconştient să lucreze şi să vindece toate amintirile dureroase, astfel încât acestea să vi se pară îndepărtate, să nu vă mai tulbure atunci când le priviţi cu ochii minţii dintr-un nou punct de vedere".

Pentru ca subiectul să-şi dea seama de ce trebuie să-şi administreze doar sugestii pozitive, i se dă următorul exemplu:

„Caută să nu te gândeşti la pantera roz!" După câteva momente, el este întrebat: „Nu-i aşa că te-ai gândit la pantera roz?" Bineînţeles că subiectul se va gândi exact la ceea ce i s-a cerut să nu se gândească.

Trebuie să i se explice, de asemenea, că logica şi cuvintele reprezintă modul de operare al conştientului, în timp ce subconştientul operează cu *imagini, metafore, simboluri* şi este foarte dificil de lucrat cu imagini negative pentru că mentalul creează exact imaginea pe care, prin cuvinte, îi cerem să n-o creeze. Astfel, în loc să ne spunem: „nu mi-e teamă", este bine să ne spunem: „mă simt calm".

Subiectul trebuie să conştientizeze şi faptul că există cuvinte prin care el se autosabotează, cum ar fi cuvântul „încearcă", pentru că ori de câte ori folosim acest cuvânt, în el se află posibilitatea implicită a eşecului. (Undeva în gând parcă sună o voce care ne spune: n-ai să reuşeşti!)

În loc de „încearcă" se pot folosi alţi termeni ca, de pildă, „caută", „învaţă" etc. Cel mai bine este însă să se utilizeze sugestii *explicite* atunci când se urmăreşte modificarea sistemului de referinţă din care este privită problema. Astfel, afirmaţia „totdeauna încurc lucrurile" devine „viaţa m-a învăţat unele lucruri utile" sau „niciodată nu mă voi însănătoşi" devine: „sunt convins că în viitor o să mă simt din ce în ce mai bine".

Să alinăm copilul care se ascunde în noi (Hunter, 1988)

În fiecare dintre noi se află un ego de copil, şi acestei părţi a psihicului nostru îi vom acorda atenţie în cele ce urmează.

„Aşezaţi-vă comod şi intraţi în hipnoză la acel nivel care consideraţi că este potrivit. E bine aşa. Acum acordaţi atenţie acelei situaţii când... (se descrie situaţia care îl preocupă pe pacient). Da, bine. Retrăiţi în minte situaţia respectivă aşa cum aţi trăit-o atunci. Fiţi atent la sentimentele care însoţesc experienţa respectivă, sentimente care v-au copleşit cândva. Când veţi simţi atingerea degetului meu pe fruntea dumneavoastră lăsaţi subconştientul să se întoarcă în timp la perioada când aţi trăit *pentru prima oară* acele sentimente. Vă imaginaţi că sunteţi în acea perioadă, trăind acele sentimente. Vă simţiţi copilul mic *speriat şi nefericit* care se străduieşte, după puterile sale, să înţeleagă ce se întâmplă şi să procedeze cât mai bine posibil, dar el este speriat şi nefericit şi nu ştie ce să facă. Aţi identificat copilul mic din interiorul fiinţei dumneavoastră care are atâta nevoie de prezenţa dumneavoastră pentru că sunteţi singurul care ştie ce a simţit acel copil atunci, singurul care poate înţelege şi singurul în care copilul poate avea încredere. Întărirea ego-ului copilului va conduce la întărirea ego-ului adultului.

Arătaţi afecţiune copilului din interiorul dumneavoastră, imaginaţi-vă că îl luaţi în braţe şi îl mângâiaţi. Spuneţi-i că este un băiat (o fată) bun(ă), că ştiţi că este un copil bun, că totdeauna s-a străduit să se poarte cât mai bine cu putinţă. Spuneţi-i cât de mult îl respectaţi pentru asta, pentru că s-a străduit din răsputeri să se poarte bine. Spuneţi-i că *ştiţi* acest lucru.

Acum veţi fi capabil (nu ştiu exact cum veţi proceda, dar sunt sigur că veţi reuşi) să-i explicaţi copilului din dumneavoastră ceea ce el trebuie să înţeleagă pentru a se simţi mai bine (Diverşi subiecţi au modalităţi diferite de a comunica cu ei înşişi.) Explicaţi-i că, deşi se simte derutat şi nefericit acum, *ştiţi că în curând el se va simţi foarte bine.*

Sunteţi singurul în măsură să-i spuneţi aceasta şi singurul pe care el îl va crede. E bine aşa. Acordaţi afecţiune şi sprijin copilului din interiorul fiinţei dumneavoastră.

Spuneţi-i, în acelaşi timp, că îi veţi acorda de-acum înainte mai multă atenţie, că veţi căuta să-l cunoaşteţi mai bine. Aveţi atât de multe să-i oferiţi şi el *are atât de multe să vă ofere la* rândul său: creativitatea, bucuria copilăriei, curiozitatea, tendinţa de a cerceta şi capacitatea de a se mira (Sugestii referitoare la explorările viitoare în sfera propriei vieţi psihice; se oferă subiectului posibilitatea de a-şi redobândi ceva din entuziasmul tineresc.)

Spuneţi-i copilului din interiorul fiinţei dumneavoastră că îl veţi vizita din nou şi dacă el doreşte să vă viziteze o poate face „bătând" la poarta subconştientului şi cerându-vă permisiunea să comunice cu dumneavoastră. În acel moment veţi simţi dorinţa de a intra pentru scurt timp în stare de hipnoză spre a lua contact cu ego-ul dumneavoastră mai tânăr. Astfel veţi avea posibilitatea să-l auziţi când vă cheamă.

Acum luaţi-vă rămas bun de la copilul din dumneavoastră, spunându-i că îl veţi vizita cât mai des. E bine aşa. Când vă luaţi rămas bun de la ego-ul de copil, rămâneţi în hipnoză şi reveniţi la timpul prezent, la data de..., în cabinetul meu".

Să adresăm un cuvânt de mulţumire protectorului interior (Hunter, 1988)

Pacientul se află în hipnoză şi prezintă unele modele de comportament dezadaptativ pe care, dintr-un motiv sau altul, nu reuşeşte să şi le modifice.

„Amintiţi-vă faptul că orice comportament a fost declanşat cu un scop. Ne punem întrebarea care o fi fost motivul pentru care s-a declanşat respectivul comportament, motiv care poate rămâne ascuns. Trebuie însă să fim convinşi de faptul că acest comportament a servit unui scop important stabilit de subconştient pentru acel moment, deoarece acesta a făcut şi face eforturi de a-l menţine şi în prezent.

Vă aflaţi acum în situaţia de a fi prizonierul unui comportament de care vreţi în mod sigur să vă debarasaţi. În cazul acesta trebuie să adresaţi cu fermitate un mesaj subconştientului, în acelaşi timp recunoscând şi respectând faptul că ego-ul dumneavoastră interior a făcut ceea ce a considerat că trebuie făcut. Spuneţi-i ego-ului interior, cu cuvintele dumneavoastră, ceva de genul acesta:

«îţi mulţumesc pentru bunele intenţii. Mi-am dat seama că ai făcut ceea ce ai crezut de cuviinţă că este mai bine, ceea ce ai crezut că e de făcut. De ce ai considerat că trebuie procedat astfel nu-mi este clar, dar am înţeles că acesta a fost raţionamentul tău. Oricum, motivele care te-au determinat să procedezi astfel sunt de domeniul trecutului. Acum am nevoie de un alt mod de comportament pentru viitor şi prezent. Te rog ajută-mă să elaborez noul model de comportament şi dă de-o parte motivele trecute. Sarcina lor este încheiată».

Repetaţi acest text în gând de mai multe ori în zilele (săptămânile) următoare. Subconştientul dumneavoastră trebuie să fie pe deplin asigurat că aveţi cu adevărat nevoie de noi modele de comportament înainte de a renunţa la cele vechi, pe care le apără animat de cele mai bune intenţii. Adresaţi un cuvânt de mulţumire protectorului dumneavoastră interior. Acesta a făcut şi va continua să facă ceea ce crede că e mai bine pentru dumneavoastră. (Acest text implică următoarele aspecte: valorizarea comportamentului iniţial; ideea de respect pentru modul în care a acţionat subconştientul în locul autoblamării; elemente de întărire a ego-ului.)"

Metafora trenului (Hunter, 1988)

Adesea, când ne confruntăm cu o situaţie nouă, care nu ne este familiară, suntem anxioşi pentru că nu ştim nimic cu privire la situaţia respectivă. Când suntem puşi într-o astfel de situaţie, este util să ne imaginăm că ea seamănă cu împrejurarea în care cineva trebuie să facă o călătorie cu trenul, dar este nervos pentru că nu a mai călătorit până atunci niciodată cu trenul (avionul). Să presupunem că persoana respectivă se numeşte doamna Ionescu.

D-na Ionescu nu a mai călătorit până acum niciodată cu trenul, dar a călătorit cu autobuzul. Ea a mers cu autobuzul chiar în oraşe diferite, astfel încât este familiarizată cu orarele de plecare şi de sosire ale autobuzelor, ştie ce trebuie să facă pentru a-şi rezerva un loc şi unde se află staţia de plecare. În autobuz, ea are conversaţii plăcute cu persoanele aşezate lângă ea.

La sosire ştie cum trebuie să procedeze pentru a-şi recupera bagajul, cum să găsească staţia de taxi sau autobuze locale ori unde să aştepte ca prietenii ei să vină să o ia.

D-na Ionescu, deşi nu a mai călătorit cu trenul, a fost de multe ori plecată de-acasă, la rude sau prieteni, aşa că e obişnuită să doarmă într-un pat străin. Mai mult, când era mică îi făcea plăcere să fie legănată înainte de a adormi.

Dacă stăm bine să ne gândim, d-na Ionescu deţine toate informaţiile care-i sunt necesare pentru a face o călătorie cu trenul, numai că până acum nu a mai folosit niciodată un asemenea mijloc de transport. Toate aceste informaţii au fost obţinute din diferite experienţe de viaţă şi ele trebuie adunate şi aplicate în noile condiţii.

În situaţia nouă în care te afli, cere subconştientului tău să adune toate informaţiile care au vreo legătură cu respectiva situaţie şi să le grupeze într-o nouă structură care este potrivită pentru conjunctura prezentă. De fapt, ştii mult mai mult decât crezi că ştii. Bucură-te descoperind cât de multe cunoştinţe ai.

Fisher (2002, p. 195) ne propune următorii paşi pentru construirea unei strategii terapeutice specifice:

1. Identificaţi problema şi modificările pe care doriţi să le obţineţi.

Spuneţi-vă în gând sau scrieţi: „acest lucru pe care îl fac mă nemulţumeşte şi de aceea aş dori să fie diferit. În sensul acesta aş dori să mă schimb."

Pentru că motivaţia reprezintă un lucru important întrebaţi-vă: „cât de important este pentru mine să mă schimb?"; „cât de hotărât sunt să o fac?"

2. Identificarea avantajelor

Descrieţi modul în care veţi profita de pe urma rezolvării problemei sau modificării situaţiei.

Notaţi cât mai multe avantaje puteţi identifica.

3. Imaginaţi-vă fără problema care vă tulbură

Dacă puteţi, amintiţi-vă de perioada când nu aveaţi problema respectivă: cum v-aţi simţit atunci?; cum aţi acţionat?; dacă problema a existat dintotdeauna, imaginaţi-vă cum ar fi viaţa fără ea?

Staţi jos, într-o poziţie confortabilă, cu ochii închişi şi imaginaţi-vă că vă comportaţi în modul în care doriţi să vă comportaţi. Realizaţi un scenariu făcând apel la memorie şi imaginaţie, utilizând toate modalităţile senzoriale: culori, sunete, mirosuri etc. Imaginaţi-vă atât modificările, cât şi avantajele obţinute.

Modificaţi imaginile, jucaţi-vă cu ele până când ajungeţi la acele imagini care vi se potrivesc.

Exemple

Mariana, 34 de ani, agorafobie

Problema mea: „mă simt încordată şi anxioasă atunci când mă aflu în locuri aglomerate. Aş dori să pot merge când şi unde doresc şi să mă simt relaxată".

Avantajele schimbării:

- Voi fi capabilă să merg la spectacole cu prietenii.
- Voi putea să-mi găsesc un loc de muncă mai bun şi chiar mai multe colaborări.
- Voi putea să ies în oraş cu copiii mei.

Modul în care aş dori să acţionez şi să mă simt:

- Mă văd pe mine de ziua fiului meu care a împlinit cinci ani şi când am mers împreună cu familia la McDonalds. M-am simţit liberă şi veselă chiar dacă în jurul meu erau foarte mulţi oameni.
- Mă văd mergând la operă la matineu duminică cu trei dintre cele mai bune prietene.
- Mă văd mergând spre noul serviciu care se află la o bancă din centrul oraşului.

Irina, 42 de ani, obezitate:

Problema mea:

Am 15 kg în plus şi aş dori foarte mult să slăbesc pentru a arăta bine la nunta fiicei mele.

Avantajele schimbării:

- Voi arăta mai bine la nunta fiicei mele.
- Voi arăta mai bine în poze.
- Voi avea o părere mai bună despre mine.
- Voi fi mai atrăgătoare.

Modul în care aş dori să acţionez şi să mă simt:

Mă văd pe mine aşa cum eram în urmă cu câţiva ani, când am fost la un restaurant franţuzesc şi mi-am ales cu atenţie meniul comandând exact ce mi-am dorit. Am mâncat foarte încet, savurând fiecare înghiţitură. Mi-am amintit cât de graţioasă era o franţuzoaică subţire care mânca desertul, savurând fiecare linguriţă de îngheţată.

M-a surprins faptul că m-am simţit sătulă după ce am consumat o cantitate mică de alimente alese cu grijă. Mă văd pe mine făcând acelaşi lucru în fiecare zi. Aleg cu grijă alimentele, mănânc încet şi savurez mâncarea.

Mă văd la cununia fiicei mele, subţire şi atrăgătoare, mă bucur de nuntă şi de modul în care arăt.

Jeny, 36 de ani, fobie de stomatolog

Problema mea:

Mi-e frică să mă duc la stomatolog, deşi ştiu că este absolut necesar să o fac.

Avantajele schimbării:

- Gingiile mele vor înceta să sângereze.
- Voi scăpa de durerile de dinţi.
- Voi avea mai puţine probleme cu dinţii atunci când voi îmbătrâni.

Modul în care aş dori să mă simt şi să acţionez:

Mă văd pe mine discutând cu prietenii despre faptul că am găsit un dentist bun şi, deşi mi-e teamă, am fixat o întâlnire cu acesta.

Mă văd mergând spre cabinetul stomatologic, mulţumită de faptul că am grijă de mine. Intru în cabinet, sunt încă speriată, dar mă relaxez în timp ce îi

vorbesc medicului despre problemele mele. Pe măsură ce mă examinează îndrept atenţia spre interior şi mă relaxez tot mai mult. Sunt convinsă de faptul că stomatologul este competent şi mă va îngriji cum trebuie. Mă văd la sfârşitul tratamentului cu dinţi frumoşi şi albi şi cu gingii sănătoase.

Imaginile elaborate în stare de veghe vor fi utilizate în transa hipnotică.

Exerciţiul se practică de 3-4 ori pe zi, timp de 90 de secunde.

Fisher (2002, p. 199) ne prezintă câteva instrucţiuni legate de modul în care trebuie construite imaginile asupra cărora subiectul se va concentra în timpul autohipnozei.

1. Utilizaţi imaginaţia pentru a elabora exemple concrete referitoare la modul în care doriţi să acţionaţi şi să vă simţiţi. Exerciţiul va fi şi mai util dacă se bazează pe elemente din trecut în care v-aţi simţit sau aţi acţionat aşa cum aţi dorit.

2. Includeţi în cadrul exerciţiului şi avantajele ce vor putea fi obţinute în urma modificărilor comportamentale. Consideraţi modificările de comportament ca pe un dar pe care vi-l faceţi vouă.

3. Vizualizaţi-vă comportându-vă aşa cum doriţi să fiţi văzuţi de ceilalţi şi de propria persoană. Marea majoritate a oamenilor vor să fie văzuţi într-o lumină favorabilă care îi face să fie mândri de ei înşişi.

4. Spuneţi-vă în gând: „acesta este modul în care doresc să acţionez, să mă simt şi să fiu văzut de ceilalţi. Acest lucru îmi displace în modul în care mă comport acum şi care ar trebui modificat." Definiţi obiectivele în termeni pozitivi şi evitaţi să utilizaţi verbul „trebuie" sau „nu trebuie".

5. Modificaţi exerciţiul atunci când acesta are tendinţa de a căpăta un caracter superficial.

Pacienţii întreabă adesea cum trebuie să construiască aceste exemple: să-şi spună în gând ce trebuie să facă şi cum trebuie să se simtă?; să se vizualizeze pe sine comportându-se într-un anumit fel, ca într-un film?; să simtă modul în care ar dori să activeze?

Practica clinică a demonstrat că pot fi utilizate toate aceste metode, izolat sau în combinaţie.

Una dintre cele mai simple metode este cea a „ecranului mental" (Fisher, 2002, p. 201).

1. Odată intraţi în transă, imaginaţi-vă un ecran cu trei secţiuni. În secţiunea din mijloc proiectaţi ceva ce s-a petrecut astăzi: o şedinţă cu şeful, o întâlnire, un film etc. pe care le lăsaţi să plece, plutind la întâmplare. Apoi proiectaţi o scenă legată de problema care vă tulbură, cu multe detalii, până când simţiţi că sunt evocate anumite trăiri afective. Umpleţi imaginea cu cât mai multe amănunte şi jucaţi-vă rolul în cadrul ei.

2. Cu atenţia fixată în ecranul central identificaţi acele elemente care vă fac să vă simţiţi anxioşi, trişti, furioşi sau supăraţi. Aceste elemente le proiectaţi apoi în ecranul din stânga.

3. Identificaţi apoi acele elemente care vă fac să vă simţiţi bine, creativi, implicaţi, eficienţi şi proiectaţi-le în ecranul din dreapta.

4. Pe măsură ce se derulează diverse scene pe ecranul central, elementele aflate în ecranele din dreapta şi din stânga rămân neschimbate. Observaţi şi reflectaţi asupra conţinuturilor aflate în cele trei ecrane. Vedeţi ce gânduri, idei şi sentimente vă vin în minte.

Atunci când vă simţiţi pregătiţi, ieşiţi din starea de transă.

Acest exerciţiu este utilizat pentru explorarea propriilor idei, stări şi sentimente.

Lena, o compozitoare care s-a adresat terapeutului pentru că se simţea blocată şi nu mai putea să compună, s-a vizualizat pe sine în ecranul central povestindu-le părinţilor despre munca sa şi ascultând comentariile lor. Aceste imagini au determinat-o să conştientizeze faptul că tot muncea pentru a-şi mulţumi părinţii şi nu pentru ea însăşi. Pacienta a înţeles că blocajul ei în ceea ce priveşte creaţia reprezenta un protest inconştient faţă de această situaţie. Ea a mutat propria imagine de persoană blocată în ecranul din stânga, iar în cel din dreapta s-a imaginat pe sine compunând muzică pentru propria ei satisfacţie şi împlinire. Părinţii nu mai apăreau în această imagine.

În practică se poate utiliza şi tehnica ecranului mental împărţit în două. Astfel, pacientei obeze i s-a sugerat faptul că în partea stângă a ecranului se vede pe sine la greutatea actuală, iar în partea dreaptă aşa cum ar dori să arate peste trei luni.

În unele cazuri, pacientul poate fi instruit să-şi imagineze şi un ecran mental unic în care se vede pe sine acţionând şi simţindu-se aşa cum doreşte.

Intrarea în stare de transă prin autohipnoză. Cea mai eficientă metodă de a intra în transă constă în a suspenda orice evaluare sau autoobservare şi a lăsa trupul şi mintea să se relaxeze cât mai mult.

Prezentăm în cele ce urmează trei modele de inducţie hipnotică (după Fisher, 2002, p. 205).

• Inducţia prin metoda profilului hipnotic (HIP)

1. Luaţi o poziţie comodă, şezând pe un fotoliu sau culcat pe o canapea. Staţi cât se poate de comod.

2. Menţinând capul într-o poziţie relaxată, priviţi în sus, în punctul dintre sprâncene, cu ochii deschişi.

3. Închideţi ochii şi continuaţi să priviţi în punctul dintre sprâncene.

4. Inspiraţi, opriţi respiraţia şi număraţi încet până la 3.

5. Expirați și relaxați ochii..., relaxați tot corpul.

6. Imaginați-vă că pluțiți pe un nor pufos și alb ... simțindu-vă calm, liniștit, relaxat ... confortabil.

7. Evocați imaginile pe care le-ați construit anterior, încă în stare de veghe.

Mențineți imaginile pe ecranul mental aproximativ 90 de secunde sau mai mult, după cum doriți.

8. Reveniți treptat din relaxare, numărând de la 3 la 1. Când ajungeți cu numărătoarea la 1 permiteți ochilor să se deschidă.

• Tehnica levitației brațului

1. Așezați-vă comod pe un fotoliu și plasați cotul drept pe brațul fotoliului.

2. Îndoiți ușor brațul de la cot și ridicați-l.

3. Acum observați brațul ca și cum ar aparține altei persoane. Priviți cu atenție o anumită parte a brațului, pe care o studiați ca și cum ați fi un pictor, un sculptor sau un medic și ați dori să formați imaginea brațului pe ecranul mental.

4. Notați cu atenție detaliile, pe măsură ce vă studiați brațul. Observați culoarea pielii, umbrele, diferențele de nuanță în textura pielii ... micile modificări care apar.

5. Observați că brațul devine mai ușor sau mai greu (nu are nici o importanță) și începe să se miște ... Lăsați-l să se miște foarte ... foarte încet ... foarte încet ... cu câte un centimentru la fiecare cinci minute.

6. Pe măsură ce studiați brațul, începeți să clipiți ... Puteți lăsa pleoapele să clipească ... să se închidă sau puteți rămâne cu ochii deschiși, cum doriți.

7. Dacă ați decis să lăsați ochii să se închidă și brațul să plutească, mențineți imaginea brațului pe ecranul mental ... relaxați-vă și deplasați-vă în plan imaginar până la locul preferat, unde vă simțiți confortabil.

În acest moment vă simțiți total relaxat și cu atenția concentrată spre interior. Acum sunteți gata să aplicați strategia pe care ați pregătit-o pentru a rezolva problema care vă tulbură. Sunteți pregătit să dialogați cu trupul și cu mintea dumneavoastră.

8. Evocați imaginile create, pe care le mențineți pe ecranul mental 90 de secunde sau mai mult.

9. Pentru a ieși din transă numărați încet de la 10 la 1. Când ați ajuns cu numărătoarea la 3, lăsați ochii să se deschidă, iar când ați ajuns la 1, deschideți ochii complet.

• Tehnica autocondiționării elaborată de Kreskin (1973)

Autorul utilizează termenul de autosugestie în loc de autohipnoză, dar esența metodei este aceeași.

1. Luați o poziție comodă, șezând sau culcat și relaxați tot corpul.

2. Imaginați-vă o scenă care vă face să vă simțiți relaxați: că stați întins pe o plajă, într-o după-amiază liniștită, cu un soare blând, sau că vă odihniți într-un fotoliu în fața focului din sobă după ce ați făcut o plimbare în zăpadă sau că vă destindeți pe malul unui râu de munte etc. Formați o imagine cât mai vie, cu cât mai multe detalii.

3. Închideți ochii și evocați marea albastră sau iarba verde sau culoarea roz a unui trandafir înflorit.

4. După câteva secunde, inspirați și expirați de trei ori; la a treia expirație mențineți aerul în piept și readuceți imaginea culorii evocate de trei ori.

5. Expirați și lăsați întregul corp să devină relaxat și imobil, fără a face efortul de a pune în acțiune vreun mecanism. Rămâneți relaxat și numărați de la 1 la 50 într-un ritm foarte lent.

Când ajungeți cu numărătoarea la 50, veți fi total relaxat, cu atenția focalizată spre interior, gata să puneți în acțiune strategia dinainte pregătită pentru a vă rezolva problema. Sunteți gata să dialogați cu trupul și mintea dumneavoastră.

6. Evocați imaginile create pe care le mențineți pe ecranul mental 90 de secunde sau mai mult.

7. Atunci când sunteți gata să încheiați exercițiul, numărați de la 10 la 1 și lăsați ochii să se deschidă.

În cele ce urmează vom prezenta câteva strategii psihoterapeutice și autoformative în cadrul cărora autohipnoza joacă un rol central. Aceste strategii pot fi utilizate de subiectul care stăpânește tehnica autohipnozei și relaxării chiar în absența unui terapeut calificat (după Handley și Neff, 1985; Austin, 1994), ele putând servi drept model pentru soluționarea unor probleme de altă natură.

Strategie pentru reducerea efectelor negative ale stresului (Austin, 1994)

„Ești calm și relaxat ... În timp ce inspiri și expiri liniștit simți cum aerul traversează întregul tău corp, aducând cu sine o undă de relaxare care împrăștie toate tensiunile pe care le-ai acumulat de multă vreme ... Tensiunile au modificat felul tău de a fi ... ți-au afectat munca și timpul liber ... De acum încolo toate aceste tensiuni, încordări te vor părăsi ... vor ieși din corpul tău ... pe măsură ce expiri, toate tensiunile negative vor ieși ... lăsând loc gândurilor pozitive ... stării de bine ... Acum subconștientul tău va găsi o modalitate pozitivă de a face față stresului și supraîncordării ...

Dar nu orice stres este negativ ... noi avem nevoie de o anumită cantitate de stres pozitiv care ne mobilizează pentru a ne atinge scopurile ... De acum

încolo, orice stres care acţionează asupra ta va fi îndreptat către acţiuni pozitive ... în timp ce stresul negativ va ieşi din corp o dată cu aerul expirat ... dispărând complet ... Acţiunile ... vorbele care înainte îţi provocau tensiune ... îţi dau acum o stare plăcută de mobilizare ... te determină să acţionezi ... să depăşeşti obstacole ... pentru că subconştientul tău găseşte uşor soluţii pentru problemele tale ... subconştientul tău îşi asumă responsabilitatea de a rezolva toate problemele ... toate îngrijorările tale într-un mod pozitiv ... lăsându-te liber să te bucuri de viaţă ... să obţii succese în tot ceea ce doreşti să întreprinzi ... subconştientul va face ca trupul tău să funcţioneze corect ... fără să mai fie bombardat de forţa gândurilor negative ... trupul şi mintea vor fi în armonie.

Toate îndoielile tale sunt înlocuite de sentimente de optimism ... îndoielile sunt doar motive menite să te încurajeze să iei noi hotărâri ... să te ajute să iei decizii corecte ... şi nu să te împiedice să acţionezi ... pentru că acum tu ai încredere în inconştientul tău ... în forţa lui de a orienta stresul şi îngrijorarea într-o direcţie corectă ... păstrând energiile şi gândurile pozitive şi transformând energia rezultată din cele negative într-un mod constructiv ... transformând-o în energie pozitivă ... pentru că energia este ca şi electricitatea ... ea nu este nici bună, nici rea ... ea trebuie doar canalizată în direcţia dorită ... numai astfel va fi folosită într-un mod constructiv ...

Pe măsură ce acest mod sănătos de a privi lucrurile se fixează în mintea ta ... te simţi tot mai bine ... din ce în ce mai bine ... tot mai relaxat ... tot mai calm ... şi permiţi forţelor vindecătoare ale organismeului tău să remedieze toate deficienţele şi să te încarce în mod constant ... iar tu ai grijă de trupul şi mintea ta ... pe care le tratezi cu respectul pe care îl merită ... şi din cauza asta te simţi tot mai puternic ... tot mai puternic ... poţi depăşi cu uşurinţă toate obstacolele şi te bucuri tot mai mult de viaţă ...

Imediat voi începe să număr de la 5 la 1 şi atunci când voi ajunge cu numărătoarea la 1, ochii tăi se vor deschide şi o dată cu deschiderea ochilor te vei simţi liniştit, mulţumit, înviorat ..."

Strategie pentru tratamentul fobiei de zbor cu avionul (Austin, 1994)

„Ai aflat că te poţi relaxa oricând doreşti ... chiar în acele situaţii care înainte îţi produceau teamă ... teamă care nu era necesară ... Inspiri profund şi o dată cu inspiraţia te cuprinde o undă de relaxare care pătrunde în tot corpul ... Pe măsură ce te relaxezi ... îţi imaginezi că porneşti către aeroport şi eşti plăcut surprins de faptul că eşti calm şi relaxat şi te bucuri de cele ce se vor petrece ... îţi imaginezi drumul până la aeroport ... că ajungi la aeroport ... treci pe la ghişeul de verificare a bagajelor ... şi eşti atât de calm şi relaxat ... gata de zbor şi doritor să ajungi la destinaţie ... Este timpul să te îmbarci ... şi în vreme ce te deplasezi spre locul de îmbarcare ... priveşti avioanele care aterizează, decolează ... sau stau nemişcate ... gata să preia pasagerii ... găseşti această privelişte relaxantă şi pe măsură ce inspiri şi expiri profund ... devii tot mai calm şi mai relaxat ... Timpul trece foarte repede în vreme ce aştepţi semnalul de îmbarcare ... şi atunci când s-a dat semnalul te deplasezi până la avion ... urci în avion ... te aşezi într-o poziţie confortabilă pe locul tău ... şi te simţi calm ... relaxat ... liniştit ... în timp ce asculţi instrucţiunile de zbor date de însoţitoarea de bord ... Avionul este tras pe pistă ..., iar tu priveşti pe fereastră ... cuprins de o stare plăcută de calm ... care îţi învăluie trupul şi mintea ... pe măsură ce avionul porneşte motoarele ... gata de decolare ..., iar zgomotul motoarelor te relaxează şi mai mult ... pe măsură ce avionul porneşte pe pistă ... rulează tot mai repede ... decolează, iar tu simţi cum te cuprinde o undă de relaxare ... care pătrunde în tot trupul tău ... îţi dai seama că te simţi liniştit şi relaxat ... şi poţi decide să citeşti, să dormi sau să conversezi cu cel care stă lângă tine ... şi, indiferent ce vei decide, te vei bucura de zbor ... de ambianţa şi confortul călătoriei.

Călătoria se apropie de sfârşit şi avionul se pregăteşte de aterizare ... inspiri şi expiri adânc ... te relaxezi şi te bucuri de senzaţiile plăcute oferite de aterizarea lină ... avionul a aterizat, iar tu te pregăteşti de debarcare ... simţindu-te înviorat şi plin de entuziasm ... priveşti în urmă şi îţi dai seama că zborul ţi-a făcut multă plăcere ... că a fost o zi în care te-ai simţit bine ... calm, liniştit, mulţumit."

Strategie pentru o cură de slăbire reuşită

Scopul pe care şi-l propune persoana:

Voi cântări atâtea kilograme câte sunt normale pentru conformaţia şi vârsta mea.

Vizualizarea (în stare de hipnoză):

1. Mă văd pe mine, pe plajă, în costum de baie, arătând bine.
2. Mă văd arătând suplă şi graţioasă la o petrecere la care mă simt bine.
3. Când îmi vin în minte alimente care îngraşă şi care mă tentează îmi imaginez că trasez un X peste ele.
4. Îl văd pe soţul meu (sau oricare altă persoană) privindu-mă cu plăcere şi făcându-mi complimente pentru felul cum arăt.

Sugestii cu caracter afirmativ (administrate în stare de autohipnoză):

• Pe zi ce trece devin tot mai suplă.
• Merită efortul să fac exerciţii şi să ţin regim.

• Îmi face plăcere să mănânc rațional pentru a-mi menține silueta și a-mi păstra sănătatea.
• Îmi face plăcere hrana din cadrul regimului pe care l-am ales.
• Înlăturarea gândirii negative și restructurarea cognitivă:

– Evitarea tendinței spre perfecționism: „Nu e nimic dacă mi s-a întâmplat să mănânc ce nu trebuie. Cu toate acestea, pot să-mi ating scopul".

– Înlăturarea tendinței și a ideii că mâncatul ne ajută să suportăm mai bine stresul: „Voi înceta să compensez cu ajutorul mâncatului orice pierdere. Voi înlocui gândul că voi mânca această prăjitură pentru a nu mă simți atât de nenorocită cu gândul că îmi lipsește cu adevărat persoana X, dar mâncând prea mult nu o voi aduce înapoi.

Voi depăși treptat această pierdere. Până atunci voi avea puțină grijă de mine".

– Eliminarea concentrării asupra unor elemente negative: „Voi înceta să-mi spun mereu că arăt rău pentru că sunt prea grasă. Mă voi îmbrăca cu gust și voi pune accentul pe trăsăturile mele pozitive".

– Modificarea gândirii „albul e negru": „Voi înceta să prevăd că nu pot să slăbesc".

Autorii menționați sunt de părere că achizițiile obținute pe plan psihic trebuie întărite la nivel comportamental:

• Voi studia lucrări despre regimurile alimentare.
• Îmi voi planifica mesele astfel încât să nu depășesc 1500 de calorii.
• Ori de câte ori refuz un aliment care îngrașă îmi notez într-un caiet și îmi acord o recompensă.
• Voi accepta cu plăcere complimentele pe care mi le fac alții pentru că am slăbit și arăt bine.
• Voi ține un grafic zilnic al greutății mele.
• Voi ține o evidență a progreselor în domeniul exercițiilor fizice.

Program pentru reducerea anxietății în cazul unor afecțiuni somatice grave (Handley și Neff, 1995)

Desigur, e normal ca orice persoană care află că are o boală somatică gravă ce-i amenință viața să se simtă speriată și dezorientată. Teama excesivă nu face însă decât să accelereze evoluția bolii. Autorii menționați citează cazul unui bărbat de 62 de ani care, diagnosticat cu un cancer incipient, operabil, a decedat în urma unui atac de cord din cauza fricii excesive. În astfel de situații este necesar să reprogramăm subconștientul pentru a pune în mișcare resursele de vindecare ale organismului. Scopul propus:

„Mă voi vindeca total".

Vizualizarea în autohipnoză:

1. Mă văd pe mine perfect calm, radiind de sănătate.
2. Vizualizez celulele canceroase devenind tot mai slabe, tot mai lipsite de putere. Îmi reprezint globulele mele albe ca pe niște cavaleri în armură care ucid celulele canceroase.
3. Mă văd ocupându-mă de lucrurile care îmi fac plăcere și bucurându-mă de ele.

Sugestii afirmative (în autohipnoză):

• Pe zi ce trece sănătatea mea se îmbunătățește.
• Corpul meu are capacitatea naturală de a se autovindeca și eu îl ajut să o facă.
• Mă simt bine și capabil să fac acele lucruri pe care doresc să le fac.

Restructurarea cognitivă:

• Eliminarea tendinței de a te simți respins de toată lumea: „Voi înceta să-mi spun că ceilalți nu mă plac și de aceea nu mă vizitează. Voi fi recunoscător acelor persoane care mă iubesc".
• Înlăturarea concentrării negative: „Voi înceta să mă gândesc tot timpul doar la boala mea și voi înlocui gândurile negative cu gânduri pozitive despre ceee ce vreau să fac în viitor".
• Eliminarea modului de gândire „albul e negru": „Voi înceta să prevăd că se vor întâmpla doar lucruri rele și mă voi antrena să mă gândesc doar la lucruri bune".
• Înlăturarea fanteziilor imaginative cu conținut negativ: „Voi înceta să-mi spun că boala mea este ceva la care trebuie să mă adaptez și care, în cele din urmă, mă va ucide și voi cultiva o stare de sănătate bună".

Modificările în plan comportamental manifest

Voi practica autohipnoza de șase ori pe zi, timp de câte 5 minute, înainte de a mă reprograma pentru o bună sănătate.

Voi studia în amănunt boala mea astfel încât autosugestiile și vizualizările să fie cât mai corecte. (Voi discuta cu medicul meu asupra acestor amănunte.)

Mă voi comporta amabil cu cel puțin 5 persoane în fiecare zi pentru a evita să fiu respinsă de către acestea și voi adopta o atitudine extrovertă.

Mă voi documenta mai mult și voi practica hobby-ul meu preferat.

Voi lua medicamentele prescrise de medic.

Le voi spune celorlalți că o să mă fac bine. În astfel de cazuri, Handley și Neff (1985) recomandă ca vizualizarea să fie făcută cu cât mai multe detalii, cât mai precise. De asemenea, ei sfătuiesc pacientul să evite să-și activeze expectațiile legate de faptul că va mai trăi încă mult timp pe pământ, stabilindu-și scopuri de lungă durată care presupun realizarea unor lucruri interesante și folositoare celorlalți. Să nu uităm cunoscutele cuvinte ale lui Iisus: „Credința ta

te-a vindecat", sau „dacă aţi avea credinţa cât o boabă de muştar, veţi spune muntelui acesta să se mişte şi el se va mişca".

Program pentru abandonarea consumului excesiv de alcool (Handley şi Neff, 1985)

Scopul stabilit:
Mă simt perfect fericit fără să consum băuturi alcoolice.
Vizualizarea (în autohipnoză):
1. Mă văd sănătos şi relaxat.
2. Mă văd îndepărtând nişte cătuşe care îmi imobilizează mâinile şi picioarele legate.
3. Îmi vizualizez arterele şi venele pline de sânge roşu, curat, „liber" de chimicale.
4. Îmi văd creierul ca şi cum ar fi o maşină cu multe pistoane care funcţionează în armonie perfectă. Fiecare piston lucrează la timpul potrivit, ajutându-mă să gândesc clar şi eficient.
5. Mă văd la o petrecere desenând un X peste paharele cu băuturi care mi se oferă.
6. Mă văd la altă petrecere mulţumit, vesel şi destins, fără să beau nimic.

Sugestii afirmative (în autohipnoză):
- Devin pe zi ce trece tot mai sănătos, fără alcool sau droguri.
- Îmi place cum funcţionează corpul şi mintea mea fără chimicale.
- Sunt liber de orice dorinţă de a consuma alcool sau medicamente neprescrise de medic.
- Mă bucur că mă voi distra la petreceri fără să beau alcool.

Restructurarea cognitivă
Înlăturarea modului de gândire „albul e negru": „Voi înceta să-mi spun că nu pot să mă bucur de viaţă fără alcool sau droguri. Prevăd că voi obţine un succes total în încercarea mea de a mă lăsa de băutură".

Oprirea fanteziilor cu conţinut cognitiv: „Îmi voi aminti mereu că sunt liber să aleg calea pe care o doresc; deşi înainte am folosit alcoolul pentru a scăpa de stările proaste, acum am decis să fac faţă acestor stări, să le abordez într-un mod constructiv".

Modificări în plan comportamental:
- Ori de câte ori mi se va oferi ceva de băut, voi refuza.
- Voi spune tuturor cunoscuţilor şi rudelor că m-am lăsat de băutură.
- Voi înlocui deprinderea greşită cu un program de exerciţii fizice care să mă relaxeze şi să mă menţină în formă.

- Îmi voi planifica modul în care mă voi comporta la o petrecere fără să depind de alcool. Voi căuta mai curând să fiu amabil şi interesat de alţii decât să fac impresie bună cu orice preţ.
- Îmi voi nota cu regularitate succesele, le voi revedea frecvent şi mă voi recompensa pentru ele.

Pentru ca programele propuse să aibă efect, este indicat ca, după învăţarea relaxării şi autohipnozei, acestea să fie practicate zilnic (sau chiar de mai multe ori pe zi, în cazurile mai serioase) până la eliminarea problemei care ne deranjează.

VIII. Hipnoza în afecțiunile psihosomatice

Hipnoza s-a dovedit a fi deosebit de eficientă în tratamentul unor afecțiuni medicale în cadrul cărora factorul psihologic are o pondere importantă. Problemele psihologice cum ar fi, de pildă, anxietatea, pot genera simptome somatice, dintre care unele ajung să se cronicizeze. Mai mult, factorii psihologici pot accelera sau agrava evoluția unor probleme somatice.

Una dintre problemele dificile cu care se confruntă psihoterapeutul constă în aceea că o serie de pacienți nu vor să recunoască faptul că tulburarea lor este de natură psihologică, declarându-se satisfăcuți doar atunci când primesc un diagnostic de boală organică.

Cu toate acestea, marea majoritate a pacienților diagnosticați cu probleme psihosomatice sunt dispuși să accepte și tratamentul psihologic.

Aplicațiile posibile ale hipnozei în medicina psihosomatică (Gibson și Heap, 1991):

1. Renunțarea la deprinderile greșite. Atunci când problema pacientului este produsă sau exacerbată de deprinderi greșite (consum abuziv de alcool, fumat, consum de droguri), hipnoza îl poate ajuta să renunțe la deprinderea cu caracter autodistructiv.

2. Reducerea simptomelor și managementul unor afecțiuni medicale. Hipnoza poate contribui în mod substanțial la tratamentul a numeroase afecțiuni medicale, mai ales a celor psihosomatice, unde factorii psihologici au un rol important în declanșarea și menținerea tulburării. Există însă și alte afecțiuni medicale în apariția cărora nu au fost evidențiați factori de natură psihologică, unde hipnoza poate contribui la reducerea unor simptome. Astfel, este cunoscută utilitatea hipnozei în îngrijirea pacienților cu arsuri sau în reducerea unor hemoragii. Mai mult, tehnica imaginației dirijate aplicate în stare de hipnoză dă,

în anumite limite, rezultate și în afecțiuni severe cum este cancerul – desigur nu este vorba de stadiul terminal (Simonton, Mattehews-Simonton și Creighton, 1978; Meares, 1982/83; Newton, 1982/83). Hipnoza poate fi utilizată și pentru a-i ajuta pe pacienți să facă față durerilor, disconfortului și reacțiilor psihologice negative la starea de boală.

Modul de percepere a propriilor simptome și handicapuri este deosebit de important în evoluția bolii sau în recuperare, chiar dacă intervenția psihologică nu produce modificări semnificative în plan somatic. În bolile cronice, hipnoza poate ajuta pacientul să reziste mai bine la durere și să adopte o atitudine pozitivă față de boală, fapt ce-i va permite să ducă o viață normală, în limita constrângerilor impuse de condiția medicală.

3. Reducerea durerilor și disconfortului produs de anumite proceduri medicale. Hipnoza ajută pacienții să facă față anumitor intervenții medicale care produc durere, disconfort sau anxietate, aceasta putând funcționa ca o alternativă sau ca un supliment la medicația analgezică sau tranchilizantă. Este vorba de manevre stomatologice, intervenții chirurgicale, chimioterapie pentru pacienții cu cancer, dializă renală sau examene ginecologice.

În afecțiunile psihosomatice, hipnoza se aplică într-un mod mai precis, mai standardizat, accentul căzând pe sugestiile centrate pe simptom. Efectele hipnozei în aceste tulburări pot să aibă un caracter general sau specific. Efectele generale se referă la componenta „placebo" a tratamentului hipnotic, precum și la rolul hipnozei în producerea unei relaxări profunde. Pentru multe afecțiuni cum ar fi migrenele, astmul sau tulburările gastrointestinale care pot fi mediate sau agravate de supraactivarea sistemului nervos autonom, relaxarea și reducerea stresului reprezintă un punct important în cadrul programului terapeutic. Relaxarea poate potența și o reorientare a pacientului spre un stil de viață mai sănătos, precum și în direcția acceptării tratamentelor prescrise. Astfel, hipnoza îl poate ajuta pe un pacient astmatic să reducă fumatul sau să renunțe la acesta, pe unul suferind de o afecțiune dermatologică să renunțe la scărpinat, sau pe un pacient cu colon iritabil să țină un regim adecvat.

Este, de asemenea, cunoscut faptul că stresul și anxietatea acționează negativ asupra sistemului imunitar al organismului, mărind riscul de îmbolnăvire a individului (Bowers și Kelly, 1979). În consecință, adoptarea unui stil de viață mai relaxat poate conduce la creșterea rezistenței organismului, și acest lucru poate fi considerat tot un efect nespecific al hipnozei.

Aspectele nespecifice ale tratamentului hipnotic includ și sugestiile de întărire a ego-ului, precum și practicarea zilnică a autohipnozei sau a relaxării.

Efectele specifice sunt rezultatul sugestiilor centrate pe simptom, sugestii care indică pacientului modificările fiziologice dezirabile, care presupun ame-

liorarea sau vindecarea. Marea majoritate a terapeuţilor recomandă combinarea sugestiilor centrate pe simptom cu tehnica imaginaţiei dirijate.

Tipuri şi forme ale imaginilor şi sugestiilor administrate în afecţiunile psihosomatice (după Gibson şi Heap, 1991)

a) *Sugestii care influenţează zona somatică afectată.* Astfel de sugestii se utilizează frecvent în cazul negilor, arsurilor sau eczemelor. Terapeutul recurge, de regulă, şi la o imagine adecvată, sugerând pacientului că stă la soare sau se scaldă în apele unui lac ori în valurile mării (pentru pacienţii cu eczeme). Se administrează, de asemenea, şi sugestii de regresie de vârstă, până în perioada dinaintea îmbolnăvirii.

b) *Sugestii şi imagini care descriu anumite procese organice care vor contribui la ameliorarea sau vindecarea afecţiunii.* Astfel de sugestii se referă la anumite procese autonome care ţin de activitatea circulatorie, gastrointestinală sau de cea de la nivelul bronhiilor. Astfel, în cazul astmului bronşic, pacientului i se sugerează să-şi imagineze că bronhiile se dilată şi permit trecerea lină şi uşoară a aerului prin ele. Pentru afecţiunea colonului iritabil se sugerează faptul că acesta este liniştit şi relaxat.

Înainte de a se administra astfel de sugestii, terapeutul trebuie să explice pacientului natura afecţiunii sale. De asemenea, regresia de vârstă la perioada dinaintea îmbolnăvirii poate potenţa acţiunea sugestiilor şi imaginilor sugerate.

c) *Sugestii posthipnotice.* Prezentăm, pentru exemplificare, sugestiile posthipnotice administrate de Hartland (1971, 295) unui pacient suferind de o eczemă: „Ori de câte ori, fără să-ţi dai seama, începi să te scarpini, în momentul în care degetele tale ating pielea, vei realiza imediat ceea ce faci şi vei fi capabil să te controlezi şi să te opreşti înainte de a-ţi face vreun rău".

d) *Utilizarea fenomenelor hipnotice pentru a-i demonstra subiectului posibilitatea autocontrolului funcţiilor autonome.* Uneori, terapeutul va declanşa la pacient fenomene de tip hipnotic şi va utiliza experienţa respectivă pentru a-i demonstra faptul că are posibilitatea să controleze şi alte funcţii autonome cum ar fi cele care stau la baza afecţiunii sale. Astfel, Golan (1986) a lucrat cu o pacientă care prezenta un miros neplăcut al respiraţiei, fără vreun motiv clar. Terapeutul a presupus, pe baza investigaţiilor medicale, că este vorba de o secreţie excesivă a sucului gastric, potenţată de o anxietate ridicată.

După inducerea hipnozei, pacientei i s-a cerut să-şi controleze şi să-şi modifice temperatura la nivelul mâinii. Apoi i s-a explicat faptul că, dacă ea reuşeşte să-şi controleze fluxul sanguin la nivelul mâinii, va fi capabilă să-şi controleze şi secreţia de suc gastric care producea mirosul neplăcut al respiraţiei.

e) *Sugestiile indirecte şi metaforele terapeutice.* Terapeuţii de orientare ericksoniană au utilizat sugestiile indirecte şi metaforele terapeutice şi pentru rezolvarea unor probleme psihosomatice. Astfel, a rămas celebru cazul de tinitus (vâjâit în ureche) tratat de Erickson şi Rossi (1979).

În acest caz, psihoterapeutul (Milton Erickson) a povestit unui pacient cu tinitus modul în care şi-a ajustat auzul la zgomotul dintr-o fabrică în care şi-a petrecut noaptea.

Menţionăm că metaforele psihoterapeutice trebuie construite pornind de la relatările verbale prin intermediul cărora pacientul îşi prezintă problemele.

Beneficiile secundare

Se pune problema în ce măsură psihoterapia centrată pe simptom nu este îngreunată de problema beneficiilor secundare pe care le obţine pacientul de pe urma afecţiunilor sale. De pildă, pacienţii care suferă de anumite afecţiuni pot beneficia de mai multă atenţie din partea familiei sau pot fi scutiţi de unele responsabilităţi. Terapeutul trebuie să cunoască şi să acţioneze din punct de vedere terapeutic asupra acestor beneficii secundare.

Există şi situaţii când simptomul a produs la un moment dat un beneficiu secundar, dar circumstanţele s-au modificat şi simptomul continuă să existe, însă fără beneficiul secundar care l-a susţinut iniţial.

Pacienţii care se află într-o astfel de situaţie sunt foarte motivaţi pentru psihoterapie. Din punctul de vedere al terapiei psihodinamice, unele tulburări psihosomatice sunt considerate rezultatul unor conflicte emoţionale trecute, precum şi al sentimentelor reprimate de anxietate, culpabilitate sau ostilitate generate de conflictele respective.

Mulţi autori sunt de părere că incapacitatea de a exprima anumite sentimente poate produce tulburări psihosomatice. Astfel, migrena este frecvent asociată cu imposibilitatea exprimării furiei şi ostilităţii (Alpeos şi Mancall, 1971)

Asemenea afirmaţii nu sunt incompatibile cu opiniile terapeuţilor cognitivişti, care consideră că pacienţii cu tulburări psihosomatice pot avea gânduri distorsionate referitoare la consecinţele catastrofale ale exprimării libere a emoţiilor („Eu nu trebuie să supăr pe nimeni"). Terapeutul are obligaţia să-i ajute pe pacienţi să achiziţioneze modele mai adaptative de a face faţă emoţiilor de care aceştia trebuie să devină conştienţi, iar conflictele de natură afectivă trebuie

rezolvate în mod constructiv, indiferent dacă strategia adoptată este una psihodinamică sau cognitiv-comportamentală.

Ţinând seama de cele menţionate mai sus, terapeutul e dator să exploreze cu atenţie rolul simptomelor în viaţa pacientului.

O metodă directă constă în a solicita pacientul să-şi notez într-un jurnal simptomele şi condiţiile în care acestea se manifestă.

Din analiza acestor jurnale pot să rezulte asociaţii între apariţia simptomelor şi anumite evenimente care se produc în plan emoţional, cognitiv sau comportamental. În cazul în care aceste asociaţii i se par semnificative terapeutului, el poate recomanda pacientului şi alte modalităţi psihoterapeutice de intervenţie (psihoterapie de familie, consiliere psihologică, terapie cognitivă sau antrenament asertiv), cu sau fără ajutorul hipnozei.

O altă metodă utilă constă în a interoga pacientul aflat în hipnoză, prin metoda semnalului ideomotor, în legătură cu problema-simptom. Întrebările adresate trebuie să fie de tipul următor:

„Este problema ta legată de vreun eveniment din trecut care continuă să te deranjeze şi acum"

„Există vreun motiv pentru care ai problema aceasta în momentul de faţă" sau

„Există vreo parte a personalităţii tale căreia i se pare dificil să rezolve problema" etc.

Tehnica regresiei de vârstă este apoi aplicată pentru a acţiona terapeutic asupra cauzelor care au generat tulburarea psihosomatică.

Unii psihoterapeuţi de orientare psihanalitică au lansat ideea că, dacă pacientul are o puternică nevoie de simptom, în momentul în care acesta va fi înlăturat, el va dezvolta altul, poate chiar mai sever.

Observaţiile clinice nu au confirmat însă acest lucru, Clarke şi Jackson (1983) susţinând faptul că, dacă pacientul are o trebuinţă foarte accentuată de a menţine simptomul, cel mult el nu se va vindeca atunci când se aplică sugestiile directe menite să-l înlăture.

Hipnoza reprezintă o procedură relativ benignă şi, de regulă, cel mai grav lucru care se poate întâmpla este ca pacientul să nu răspundă bine la tratament, fapt ce-i va produce o mare dezamăgire.

Pentru a preîntâmpina o reacţie de acest gen, terapeutul nu trebuie să-i promită pacientului obiective nerealiste (vindecări miraculoase), ci doar să-i spună că terapia îl va ajuta să-şi reducă simptomele şi reacţia sa la acestea.

Hipnoterapeuţii care sunt psihologi trebuie să consulte obligatoriu medicul specialist înainte de a proceda la intervenţia terapeutică, mai ales atunci când este vorba de afecţiuni care pot pune viaţa pacientului în pericol, cum ar fi astmul bronşic.

O atenţie specială trebuie acordată şi cazurilor în care este vorba de un pacient cu probleme psihologice care este tratat doar din punct de vedere medical.

Deşi este posibil ca bolnavii psihosomatici să fie trataţi hipnoterapeutic de către specialişti care nu sunt medici, se recomandă ca aceştia să cunoască, pe cât posibil, mecanismele fiziopatologice care stau la baza afecţiunii. De asemenea, în afecţiunile psihosomatice mai severe este obligatoriu ca pacientul să urmeze tratamentul medical de specialitate.

Observaţiile clinice au evidenţiat faptul că răspund cel mai bine la hipnoterapie pacienţii cei mai motivaţi, precum şi cei care practică individual relaxarea.

Transa hipnotică îi permite subiectului să atingă un nivel de relaxare profundă, relaxare care nu înseamnă nici somn, nici pierderea totală a conştiinţei, conducând în acelaşi timp la accentuarea gradului de sugestibilitate.

Atenţia pacientului aflat în stare de hipnoză este orientată prioritar spre cele spuse de către terapeut, fapt ce conferă o forţă şi mai mare sugestiilor administrate.

Eficienţa tratamentului este accentuată şi de faptul că pacientul care se adresează hipnoterapeutului este motivat să scape de anumite simptome sau să-şi modifice comportamentul.

Ca şi în cazul altor tipuri de tulburări, şi în afecţiunile psihosomatice, autohipnoza joacă un rol deosebit de important, deoarece contribuie la creşterea *eficenţei tratamentelor,* îl învaţă pe pacient să se trateze singur, nu consumă în mod excesiv timpul terapeutului, reduce dependenţa pacientului de terapeut şi contribuie la creşterea încrederii în sine a pacientului.

Autohipnoza este foarte uşor de învăţat de către persoanele motivate să se vindece.

Înainte de începerea tratamentului este obligatorie o examinare medicală în detaliu, ca să nu utilizăm, de pildă, hipnoza pentru reducerea unor dureri cu valoare de semnal, timp în care afecţiunea organică poate progresa nestingherită.

Hipnoterapia în cazul afecţiunilor psihosomatice sau chiar somatice trebuie realizată fie de către medicul specialist, care cunoaşte şi tehnica hipnotică, fie de către psihoterapeut, în colaborare strânsă cu acesta. Înainte de inducţia hipnotică propriu-zisă, terapeutul va da toate explicaţiile necesare cu privire la hipnoză, insistând asupra faptului că pacientul va fi ajutat de către terapeut şi nu că se va acţiona asupra lui, acesta rămânând permanent conştient, chiar dacă se află în stare de relaxare profundă.

Wilkinson (1993) susţine că, în cazul aplicării hipnozei la pacienţii somatici şi psihosomatici, este util ca primele şedinţe să fie dedicate relaxării generale şi abia apoi să se administreze sugestii centrate pe simptom.

În unele situaţii se constată chiar faptul că de îndată ce nivelul tensiunii şi anxietăţii se reduce, multe simptome se ameliorează sau dispar în mod spontan.

Pacientului trebuie să i se comunice faptul că vindecarea reprezintă un proces de durată care rareori se desfăşoară în mod liniar. De regulă, vindecarea sau ameliorarea are loc în trepte, cu momente de stagnare şi recădere care trebuie acceptate şi depăşite.

Practicarea zilnică a autohipnozei trebuie să fie instituită cât se poate de rapid, şi aceasta trebuie să continue cel puţin trei luni de la primul semn de ameliorare.

Maher-Longhnan (1980) a constatat faptul că 75% din 103 pacienţi cu probleme psihosomatice au înregistrat o ameliorare cam după 12 săptămâni de la începerea practicării autohipnozei, 72% vindecându-se complet.

Wilkinson (1993) ajunge la concluzia că pacienţii sub 20 de ani reacţionează mai bine şi că nu există diferenţe de sex în ceea ce priveşte receptivitatea la terapie.

Selecţia cazurilor pentru tratament

Simptomul trebuie să fie suficient de sever pentru a determina subiectul să practice zilnic autohipnoza. Nu este necesară pentru scopuri terapeutice o transă profundă, multe simptome putând fi reduse sau ameliorate chiar şi în transă uşoară.

În cazul în care intervin probleme psihologice importante, trebuie să se acţioneze terapeutic măcar într-o transă medie.

Copiii de la 9 ani în sus, cu intelect normal şi cu simptome suficient de deranjante pentru a fi motivaţi pentru psihoterapie şi, mai ales, pentru utilizarea autohipnozei, reprezintă o categorie foarte bună de subiecţi.

Se recomandă evitarea subiecţilor psihotici, iar în cazul celor depresivi este obligatorie instituirea medicaţiei antidepresive adecvate, prescrise de către medicul psihiatru. Trebuie subliniat şi faptul că tratarea iniţială a anxietăţii la un pacient depresiv poate conduce la accentuarea depresiei.

Sugestii pentru pacienţii cu probleme psihosomatice (Hunter, 1988)

Pacientului aflat deja în hipnoză i se dau următoarele instrucţiuni: „Peste câteva momente voi atinge cu degetul fruntea ta. Când vei simţi atingerea respectivă, voi cere subconştientului tău să se întoarcă în timp, la perioada de dinaintea apariţiei simptomului şi chiar înainte ca factorii care au produs simptomul să fi acţionat. Această perioadă poate fi mai îndepărtată decât îşi închipuie mintea ta conştientă.

Lasă mintea ta conştientă să procedeze cum doreşte. S-ar putea ca ea să vrea să rămână prezentă aici, sau să se întoarcă parţial spre trecut, observând de la distanţă ceea ce se petrece ori să însoţească mentalul tău inconştient pe parcursul întregii sale călătorii.

Şi pentru că mentalul conştient şi mentalul subconştient se pot situa în perioade diferite de timp vei putea trăi sentimente despre care nu ştii de unde provin. Dacă acest lucru se întâmplă, e bine să ştii că ele îşi au originea în zonele în care te-a purtat subconştientul.

Bucură-te că retrăieşti perioada bună când totul în organismul tău funcţiona cum trebuie, când te aflai într-o stare de armonie interioară. Totul în interiorul fiinţei tale era atât de armonios, încât aproape că îţi vine greu să crezi că e adevărat. O stare de armonie perfectă domneşte între tine şi lumea înconjurătoare. Totul funcţionează bine, eficient, armonios. Trăieşti o stare de pace, de fericire şi armonie în interior şi în exterior. (Se acordă subiectului un timp pentru trăirea stărilor pozitive.)

Acum lăsăm mentalul subconştient să se întoarcă în prezent (se precizează data); revino în timp, aducând de acolo stările afective confortabile pe care le-ai trăit.

Ori de câte ori mentalul tău subconştient întâlneşte vreunul din factorii care au contribuit la producerea simptomelor, conştientul împreună cu trupul tău vor face tot ce este necesar pentru a se ocupa de respectivul factor. Ştii că atunci când se acumulează mai mulţi factori de stres, se creează o mare problemă care ne depăşeşte posibilităţile; iată de ce este mult mai uşor să ne ocupăm de câte un singur factor. În felul acesta, fiecare factor va fi identificat pe rând, se va lucra asupra lui astfel încât să se asigure împăcarea cu propria persoană, după modelul celei existente anterior.

Nu putem şti dinainte cât va dura călătoria realizată de subconştientul tău. Se poate întâmpla ca ea să se producă repede, pentru că au fost relativ puţini factori generatori de stres, şi în acest caz este uşor să ne ocupăm de ei sau, dimpotrivă, călătoria poate dura mult mai mult, pentru că simptomele au fost produse de mai mulţi factori sau pentru că aceştia sunt mai complecşi.

Vom cere unei părţi a subconştientului tău să se ocupe de această călătorie, de factorii generatori de stres pe care i-a întâlnit în cale şi pe care trebuie să-i identifice şi să-i rezolve.

Peste câteva momente, când vei ieşi din hipnoză, celelalte niveluri ale psihicului tău (conştiente şi subconştiente) vor reveni la timpul prezent şi la starea normală.

• *Metafora simfoniei (Hunter, 1988)*

Adesea ne place să ne gândim la corpul nostru ca la o orchestră simfonică. O orchestră simfonică cântă frumos, dar ea este alcătuită din mai multe secţiuni, şi fiecare secţiune cuprinde mai multe instrumente. Uneori, un instrument se

dezacordează; de pildă, unei viori i se poate rupe o coardă sau e nevoie ca un instrument de suflat să fie curățat. Trebuie făcut ceva ca instrumentul respectiv să poată cânta la fel de frumos ca înainte.

Alteori, când se repetă o nouă compoziție, o întreagă secțiune a orchestrei poate avea dificultăți în privința ritmului sau a armonizării. Dar, în ciuda faptului că un instrument trebuie să fie acordat sau că o secțiune a orchestrei are de lucrat asupra ritmului, *totul este în regulă cu orchestra.* (Prin analogie, totul este în ordine cu subiectul.) Orchestra e în continuare puternică și vitală, așa cum a fost întotdeauna.

Ei bine, și organismul uman reprezintă o orchestră. Acesta este compus din mai multe secțiuni, cum ar fi: sistemul digestiv, respirator, reproductiv, cardiovascular, osos, muscular etc., care contribuie la realizarea simfoniei reprezentate de funcționarea organismului. Și la nivelul fiecărui sistem acționează diferite instrumente; astfel, în cadrul sistemului digestiv lucrează gura, stomacul, intestinul subțire, intestinul gros, precum și organe auxiliare, cum ar fi, de pildă, ficatul.

Toate aceste „instrumente" alcătuiesc o secțiune, la fel ca și instrumentele ce intră în componența unei orchestre. Astfel, deși trebuie să ne îndreptăm atenția asupra unei secțiuni sau a unui instrument, orchestra – adică organismul în ansamblu – este în continuare capabilă să producă o muzică bună.

Spuneți-vă în gând: „Corpul meu este o simfonie..." și căutați să percepeți ritmul minunat al corpului care pulsează ușor, căutând să restabiliți *armonia* din interiorul ființei dumneavoastră".

Hipnoterapia în astmul bronșic

Această afecțiune se caracterizează prin apariția unor perioade scurte în care se produce o rezistență la intrarea aerului în bronhii, fapt ce creează subiectului senzația de sufocare.

Episoadele acute apar, în general, la persoane hiperreactive la anumiți stimuli din ambianță și sunt însoțite de o dificultate specifică la expirație, uneori tusea fiind singurul simptom, mai ales la copii.

Indivizii care suferă de astm prezintă o sensibilitate excesivă, atât față de anumite substanțe iritante din mediu, cât și la stresul și frustrările produse de evenimentele vieții cotidiene.

Atacurile de astm pot fi precipitate de eforturi fizice, alergii, infecții sau stări emoționale.

În momentul în care se declanșează atacurile se produce o constricție a musculaturii pereților bronhiilor, la care se adaugă și secreția de mucus în lumenul acestora, fapt ce accentuează obstrucția, impiedicând circulația normală a aerului.

Agenții alergogeni cei mai frecvent întâlniți sunt: polenul, praful, blana animalelor, fumul sau unele substanțe chimice.

Așa cum am mai subliniat, atacurile de astm pot fi favorizate și de infecții virale sau bacteriene.

Factorii emoționali sunt și ei profund implicați în apariția tulburării, anxietatea reprezentând nu numai un element declanșator, ci și agravant al atacurilor de astm.

De regulă, un disconfort ușor la nivelul respirației declanșează anxietatea care, la rândul său, amplifică tulburarea respiratorie.

Rees (1956) a studiat 441 de subiecți astmatici pe care i-a comparat cu 321 subiecți martori și a constatat că în cadrul primului grup anxietatea, timiditatea, hipersensibilitatea și trăsăturile obsesive prezentau scoruri semnificativ mai ridicate.

La copiii astmatici s-a remarcat influența unor atitudini greșite ale părinților, hiperprotecția ocupând un loc central. Ceva mai rar se întâlnește la părinții acestor pacienți atitudinea de respingere sau perfecționismul.

Printre factorii precipitatori de natură emoțională cel mai frecvent întâlniți, specialiștii includ: anxietatea cu supraîncordare, frustrarea, mânia, resentimentul, umilința, depresia, sentimentele de culpabilitate, dar și râsul și bucuria de intensitate mai mare.

Autorul menționat a găsit în cadrul grupului de astmatici următorii factori etiologici: cauzele psihologice sunt importante în proporție de 70%, infecțiile în proporție de 68%, iar agenții alergogeni doar în proporție de 36%.

Cohen (1971) subliniază și el rolul anxietății, sugestiei și condiționării în declanșarea atacului de astm, fapt demonstrat și de cercetările de laborator în cadrul cărora au putut fi declanșate în mod artificial atacuri de astm. Astfel, a devenit celebru cazul unui pacient alergic la trandafiri, care a declanșat atacul la vederea unei vaze cu flori artificiale (desigur, pacientul în cauză nu a conștientizat faptul că trandafirii nu erau adevărați).

Deoarece factorii psihologici au o importanță atât de mare în etiologia atacurilor de astm, hipnoterapeutul trebuie să investigheze o serie de aspecte legate de istoria vieții pacientului, înainte de a construi demersul psihoterapeutic:

1. Familia: relațiile cu părinții și între părinți, relațiile cu frații.
2. Rezultatele la învățătură și încadrarea în colectivitatea școlară.

3. Situaţia maritală: relaţia cu soţul, copiii, cu copiii din altă căsătorie, dificultăţi legate de viaţa casnică.

4. Situaţiile de doliu sau pierdere (îndeosebi cele mai recente).

5. Satisfacţiile profesionale: relaţiile cu şeful, colegii, probleme financiare etc.

6. Îmbolnăviri în antecedente: infecţii respiratorii, alergii, stări depresive etc.

Pe baza informaţiilor obţinute, terapeutul îşi va face o idee clară în legătură cu stilul de viaţă şi cu problemele pacientului.

În crizele acute de astm, tratamentul medicamentos este obligatoriu. Cu toate acestea, efecte secundare nedorite ca urmare a tratamentului de lungă durată cu steroizi creează foarte multe probleme pacienţilor.

Trebuie avută în vedere severitatea acestei afecţiuni, rata mortalităţii fiind, de pildă, în jur de 4,7% în Marea Britanie, în perioada 1974-1984.

Una dintre problemele cele mai importante care pot optimiza tratamentul în cazul acestei afecţiuni ar trebui să fie luarea în considerare a componentei emoţionale care stă la baza apariţiei şi menţinerii acesteia.

Mahler-Longhnan şi col. (1962) subliniază necesitatea utilizării hipnozei la pacienţii cărora le-a fost pus diagnosticul ferm de astm. Hipnoza poate contribui la reducerea anxietăţii şi tensiunii legate de problemele respiratorii, la întărirea ego-ului, la creşterea încrederii în propriile posibilităţi de a face faţă problemei, precum şi la reducerea dependenţei de steroizi.

Autohipnoza este şi ea deosebit de importantă, pentru că oferă subiectului un instrument de autoreglare psihică.

Wilkinson (1993) este de părere că sugestiile directe trebuie evitate pentru că a sugera unui pacient astmatic faptul că nu se sufocă atunci când acest lucru este evident poate avea un efect antiterapeutic.

Prognosticul acestei afecţiuni şi eficienţa terapiei depind de etiologia psihogenă a crizei. Cu cât crizele sunt mai favorizate de factorii psihici, cu atât prognosticul va fi mai bun, deşi astmul are în etiologia lui şi factori organici: bronşite, alergii, tulburări vasculare.

În cursul psihoterapiei astmului bronşic prezintă o mare importanţă scăderea anxietăţii produse de senzaţia de sufocare.

a) Astmul bronşic la copil

Copilul astmatic are anumite caracteristici de care terapeutul trebuie să ţină seama. În general, acest copil este foarte receptiv la hipnoză, foarte inteligent, anxios, dependent, lipsit de încredere în sine, adesea fiind unic la părinţi. Frecvent, accesul de astm apare consecutiv naşterii fratelui şi exprimă sentimente inconştiente de insecuritate şi agresivitate refulată. În plus, atitudinea anxioasă şi hipergrijulie a părinţilor exacerbează sentimentul de insecuritate a copilului, ceea ce determină creşterea anxietăţii şi tensiunii care provoacă şi prelungesc atacul de astm. La polul opus, relaţiile conflictuale din familie au frecvent aceleaşi efecte. Se observă că aceste atacuri au o intensitate mult mai mică dacă copilul este spitalizat, pentru că adesea doar anxietatea anticipatorie provoacă criza. De multe ori, crizele pot apărea şi ca o scuză pentru un eşec şcolar, în ajunul unui examen sau al unei teze.

În cazul copiilor, tratamentul astmului bronşic prin hipnoterapie este mai eficient după vârsta de 6-7 ani. După inducerea hipnozei, terapeutul administrează următorul instructaj: „Datorită acestei relaxări profunde, săptămâna viitoare te vei simţi din ce în ce mai bine, tot mai bine cu fiecare zi. De la o zi la alta, pieptul va deveni tot mai puternic, sufocările tot mai rare, tot mai rare. Respiraţia va deveni tot mai uşoară, tot mai plăcută. Vei deveni mai liniştit, mai calm, mai puţin nervos, mai puţin speriat, mai puţin necăjit. Cu fiecare zi ce trece vei avea tot mai multă încredere în tine, te vei simţi tot mai apărat, tot mai capabil să stai pe propriile picioare, să te descurci singur la şcoală şi acasă fără teamă, griji, nesiguranţă".

După ce află cauzele crizei, terapeutul trece la administrarea unor sugestii adecvate (Hartland, 1979):

„De la o zi la alta, pieptul tău va deveni şi mai puternic, respiraţia tot mai uşoară, tot mai relaxată. Muşchii pieptului vor rămâne relaxaţi astfel încât aerul va putea pătrunde cu uşurinţă în plămânii tăi. Va dispărea treptat încordarea din zona pieptului, astfel încât respiraţia va deveni tot mai uşoară, din ce în ce mai uşoară. Dacă vei simţi cumva o cât de mică senzaţie de sufocare sau vei avea respiraţia mai scurtă, nu te vei speria sau îngrijora că va veni criza, pentru că eu te voi ajuta s-o opreşti. Chiar dacă apare o uşoară senzaţie de sufocare, te vei aşeza pe un scaun şi vei lăsa muşchii braţelor şi picioarelor cât mai moi posibil. Vei închide ochii şi îţi vei imagina că eşti cu mine în cabinet şi mă asculţi. Vei apăsa uşor cu palmele partea de jos a pieptului şi vei simţi că muşchii pieptului se relaxează şi permit aerului să treacă liber, astfel că, în câteva minute, respiraţia va deveni tot mai uşoară, şi mai uşoară".

b) Astmul bronşic la adulţi

Se instalează după o perioadă de stres sau de încordare. La femei, crizele de astm bronşic apar în perioada premenstruală şi pot fi expresia unei frici inconştiente de sarcină. Alteori, ele pot apărea chiar la ciclu, iar psihanaliza le consideră uneori expresia dezamăgirii provocate de constatarea femeii că nu a rămas însărcinată. Deci, este foarte importantă interogarea pacientei pentru

determinarea cauzei declanşatoare. În plus, datorită faptului că majoritatea astmaticilor aparţin tipului dependent de personalitate, e necesar ca psihoterapia să cuprindă sugestii de întărire a eului şi de accentuare a independenţei. Tot în ideea accentuării independenţei este foarte utilă familiarizarea pacientului cu tehnici de autohipnoză; astfel, concomitent cu eliminarea simptomului nedorit se accentuează încrederea în sine prin simplul fapt că pacienţii pot preveni singuri criza.

Hipnoterapia în tratamentul alcoolismului

Consumul de alcool este o deprindere larg răspândită, dar puţini consumatori devin alcoolici. Aloolismul nu trebuie văzut ca o boală, ci ca un simptom al unei personalităţi dezorganizate care nu poate face faţă situaţiei şi alege alcoolul ca o modalitate de pseudoadaptare la stres. Alcoolul determină pe moment reducerea tensiunilor, creşterea încrederii în forţele proprii şi creează o stare psihică pozitivă, adesea euforică. Toate acestea au drept consecinţă scăderea anxietăţii, reducerea reacţiilor fobice, a fricilor obsesive, astfel încât alcoolul ajunge să fie folosit pentru eliminarea suferinţei psihice. În această situaţie, persoanele cu probleme emoţionale devin dependente de alcool. Dar aceste efecte favorabile descrise sunt tranzitorii şi, adesea, urmate de o accentuare a depresiei. Consecinţa imediată este faptul că pacientul tinde să crească progresiv doza de alcool. Unii oameni folosesc alcoolul pentru reducerea inhibiţiei: timizii îşi depăşesc fricile şi stabilesc uşor contacte interpersonale, pe alţi oameni îi ajută să-şi reprime sentimentele de ostilitate, deşi mărirea dozei are drept consecinţă creşterea agresivităţii. Există şi oameni care recurg la alcool pentru a depăşi sentimentele de inferioritate, izolare, inutilitate.

Observaţiile clinice au arătat că alcoolicul este un tip hipersensibil, dependent, singuratic, cu o rezistenţă scăzută la frustrare şi o imagine de sine scăzută. Sentimentele de autocompătimire şi cele inconştiente de ostilitate sunt adesea prezente la alcoolic. În copilărie, alcoolicul a fost în majoritatea cazurilor hiperprotejat de părinţi şi, ca urmare, nu şi-a format capacitatea de a face faţă responsabilităţilor. Ulterior, condiţiile sociale nefavorabile, problemele de familie, grijile financiare şi profesionale îl pot face să caute consolarea în altă parte şi, adesea, el ajunge să se refugieze în alcool. Dacă subiectul continuă să bea şi nu găseşte modalitatea de a face faţă situaţiei, treptat, acesta va ajunge la degradare psihică şi socială. Iniţial, individul are un autocontrol al dozelor şi al frecvenţei consumului de alcool, dar cu timpul el nu-şi mai poate controla tendinţa de a bea.

Alcoolicul se adresează terapiei pentru a învăţa să bea moderat. Dar consumul de alcool trebuie eliminat complet şi pentru totdeauna (pentru un alcoolic, un pahar e prea mult şi 30 de pahare prea puţin).

Se observă că tratamentul dă rezultate dacă pacientul doreşte acest lucru şi nu dacă este adus de familie, prieteni sau poliţie. Cel mai bun moment pentru începerea tratamentului îl constituie revenirea din starea de ebrietate, când pacientul are sentimente de culpabilitate şi este motivat pentru schimbare.

Există o serie de obiective principale ale terapiei împotriva aloolismului, dintre care enumerăm: stabilirea unei relaţii simpatetice şi de înţelegere pentru pacient; încurajarea autostimei pacientului; stimularea pacientului pentru a dezvolta interese exterioare (mai ales legate de activităţi în timpul liber); sprijinirea pacientului astfel încât el să poată face faţă frustrării – în această categorie intră cultivarea gândirii pozitive şi a atitudinii optimiste faţă de existenţă; încurajarea pacientului pentru stabilirea unor contacte sociale; adoptarea unei terapii orientate pe simptom – terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să abandoneze băutura.

Un element important al terapiei este atitudinea terapeutului faţă de pacient şi faţă de deprinderea greşită. Sub nici un motiv terapeutul nu trebuie să condamne deprinderea greşită a pacientului; dimpotrivă, e necesar să manifeste o atitudine caldă, de înţelegere şi toleranţă simpatetică. Chiar dacă pacientul continuă să bea şi după începerea tratamentului, terapeutul nu trebuie să-şi exprime dezamăgirea, ci să-l încurajeze în tratament, să-i arate că înţelege problemele şi motivele lui şi că are încredere în capacitatea acestuia de a găsi o altă modalitate de a face faţă situaţiei.

În acelaşi timp, pacientului trebuie să i se modifice gândul că este un caz disperat, evidenţiindu-se trăsăturile pozitive care au fost mascate de conduita de aloolic.

Din punct de vedere al abordărilor terapeutice posibile se observă că abordarea psihanalitică nu dă rezultate semnificative în principal pentru că ego-ul acestor pacienţi este mult prea imatur. Hipnoterapia aloolismului îşi propune următorul obiectiv: îndrumarea pacientului să se adapteze mai bine la mediu. La aceasta se adaugă modificarea atitudinii pacientului care crede că nu va face faţă existenţei fără aloool şi implementarea ideii că dorinţa de a bea va dispărea dacă el va învăţa să facă faţă situaţiei.

Terapia trebuie să înceapă de la cauzele de bază care îl determină pe pacient să bea (de exemplu, depresivii beau pentru a scăpa de tristeţe, alţii pentru a se detensiona, a reduce anxietatea, pentru evitarea dificultăţilor familiale sau socio-profesionale). Dacă terapeutul îl ajută pe pacient să se descurce în situaţiile stresante şi fără alcool, atunci creşte mult şansa de succes a tratamentului. Una din metodele terapiei este realizarea de reflexe condiţionate astfel

încât subiectul să aibă senzația de greață după consumul de alcool. Această condiționare se face prin administrarea de disulfiran în asociere cu tranchilizante (diazepam sau meprobamat) și după o cură de vitamine aparținând complexului B: B_1 – patru tablete pe zi și B_6 – două tablete pe zi.

Cu pacienții care intră în hipnoză condiționarea se poate face prin sugestii posthipnotice. Majoritatea alcoolicilor sunt subiecți hipnotizabili. Hipnotizabilitatea lor este redusă în două situații: cea în care pacientul, fiind în stare de ebrietate, nu are cum să reacționeze la hipnoză și situația în care s-a produs deja dezintegrarea personalității, când degradarea psihică îngreunează considerabil aplicarea hipnozei. În celelalte situații, chiar când se obține o transă ușoară, pacienții pot să fie ajutați cu sugestii de autostimă, autoîncredere, combinate cu psihoterapii de suport, metode de reeducare și discuții.

Wolberg (1969) vorbește de două tehnici de condiționare care se pot utiliza dacă se atinge un nivel suficient de profunzime a transei:

a) După inducția hipnotică, terapeutul administrează pacientului următorul instructaj: „De îndată ce vei reveni din starea de relaxare vei simți o dorință irezistibilă să bei ceva. Dorința ta va fi atât de puternică, încât îți va ocupa complet mintea și te va face incapabil să te gândești la altceva. Dacă îți vei da seama de faptul că alcoolul este ca o otravă pentru tine, dorința va deveni tot mai puternică, tot mai irezistibilă. Deodată vei observa lângă tine o pungă cu bomboane. Pe măsură ce sugi bomboane, dorința de a bea ceva va dispărea complet. Vei deveni treptat tot mai calm și mai relaxat (procedeul reușește mai ales dacă terapeutul dă sugestii de amnezie posthipnotică totală). Vei dori să te lași de băutură. Dorința și hotărârea ta vor deveni atât de puternice, atât de intense, încât vor învinge dorința de a bea. Vei căpăta o puternică repulsie față de alcool sub orice formă. Cu fiecare zi ce trece, dorința ta de a bea va scădea, va deveni tot mai slabă, tot mai slabă până când va dispărea complet. Vei deveni tot mai conștient de faptul că alcoolul este o otravă pentru tine. Dacă vei simți dorința de a bea, o bomboană ți-o va potoli imediat și tu te vei simți tot mai liniștit, tot mai liniștit, mai calm".

b) O a doua tehnică de condiționare are în vedere obținerea unei senzații de dezgust și greață ca urmare a consumului de alcool. „În momentul în care consumi alcool vei simți o jenă puternică în stomac; ți se va face tot mai rău, din ce în ce mai rău. Îți va fi atât de rău că nu vei mai fi capabil să înghiți băutura pe care o vei vomita imediat...".

Aceste condiționări au nevoie de un număr mare de întâlniri, inițial chiar zilnice. După ce aceste condiționări au început să funcționeze, numărul întâlnirilor se poate reduce la una pe săptămână, până când deprinderea greșită este ținută sub control câteva luni, apoi se poate trece la ședințe lunare. Este foarte

important ca terapeutul să nu accentueze în fața pacientului defectul său, ci, dimpotrivă, e necesar să-l ghideze spre un comportament mai matur și mai responsabil.

Gindes (cit. Hartland, 1971) atrage atenția că simptomul se poate reduce chiar și atunci când cauzele care l-au determinat rămân ascunse. În consecință, chiar simplul fapt că pacientul devine capabil să-și reia lucrul și să se reintegreze în familie și societate justifică tratamentul.

Hipnoterapia în dermatologie

S-a observat că multe afecțiuni dermatologice pot fi tratate cu succes cu ajutorul hipnozei, iar tratamentul este mai ușor și mai rapid în faza acută, când boala nu s-a cronicizat încă. Din păcate, majoritatea pacienților care apelează la hipnoterapie au deja o afecțiune dermatologică cronică. Rezultatele favorabile ale hipnoterapiei în afecțiunile dermatologice s-ar explica prin relația dintre piele și sistemul nervos, datorită originii embrionare ectodermice comune. În plus, pielea realizează contactul atât cu interiorul organismului, cât și cu mediul extern.

Orice om se poate înroși, albi sau poate avea prurit când este iritat. Se observă că mulți pacienți cu tendințe agresive și masochiste reacționează cutanat. De asemenea, psoriazisul, eczemele sunt influențate de factori emoționali. Pornind de la celălalt pol se observă că bolile de piele produc reacții emoționale, și astfel se ajunge la un cerc vicios care prelungește durata bolii.

Hipnoterapia se aplică în asociere cu tratamentul specific și dă rezultate când aproape toate celelalte metode au eșuat. Un prim obiectiv al hipnoterapiei este reprezentat de terapia de suport. Terapeutul va da sugestii de întărire a eului pacientului (directe în timpul hipnozei și posthipnotice); la acestea se adaugă substituția de simptom și, uneori, când este cazul, hipnoanaliza.

Sugestiile directe date de terapeut au ca obiectiv reducerea simptomului (prurit, arsuri, insomnii), ajutarea pacientului să țină un anumit regim alimentar.

Aceste sugestii sunt folosite frecvent în scop analgezic. În practică nu i se sugerează direct pacientului că nu va mai simți durerea, pruritul, ci i se transmit astfel de mesaje sugestive: „Indiferent ce senzație ai, vei constata că ea te supără tot mai puțin"; „Chiar dacă vei mai simți un ușor prurit, tendința de a te scărpina va dispărea treptat și complet". Cu cât profunzimea transei este mai mare, cu atât eficacitatea terapiei va crește. Dar, uneori, e necesară și o abordare globală și de profunzime și nu doar o concentrare pe simptom. De aceea se face apel la

hipnoanaliză. Pe lângă acestea, terapeutul trebuie să țină seama și de beneficiul secundar al simptomului și să nu-l lipsească pe pacient de mecanismul lui de apărare. Astfel, el nu-i va sugera că simptomul dispare, ci că se reduce treptat (e bine să rămână un simptom rezidual de mică importanță). Se pot da diferite sugestii pentru atenuarea pruritului și pentru reducerea tendinței subiectului de a se scărpina. Astfel, Scott vorbește de metoda anulării pruritului pe o porțiune limitată, apoi pe o porțiune mai întinsă de piele, apoi pe toată mâna etc. O altă metodă constă în sugestionarea pacientului că distruge mici obiecte și că în felul acesta obține aceeași satisfacție ca atunci când se scarpină.

Pentru exemplificare, oferim un model de sugestii terapeutice (Hartland, 1971): „Ca rezultat al acestui tratament vei deveni tot mai putemic și mai eficient. Circulația sângelui la nivelul pielii se va îmbunătăți, se va îmbunătăți tot mai mult, mai ales activitatea capilarelor din zona care irigă pielea ta (localizarea pruritului). Inima ta va bate tot mai puternic și va pompa tot mai mult sânge care ajunge la nivelul capilarelor ce hrănesc pielea. De aceea, pielea devine tot mai sănătoasă, normală, astfel încât erupția se va reduce treptat până când va dispărea complet, lăsând pielea curată, perfect sănătoasă sub toate aspectele. Pe măsură ce se îmbunătățește circulația, și nervii devin tot mai puternici, mai tari, tot mai puțin sensibili. Deci, pruritul se reduce treptat, se reduce treptat, până când va dispărea complet. Pruritul și iritația devin tot mai mici, devin tot mai mici, astfel încât nu vei mai simți nevoia să te scarpini. Dacă vreodată vei mai avea tendința să te scarpini îți vei da seama ce faci și vei fi capabil să exerciți un autocontrol suficient pentru a opri scărpinatul. Vei simți mai puțină iritație și disconfort, iar iritația va dispărea mult mai rapid. Chiar dacă vei avea tendința să te scarpini în somn, în momentul în care degetele vor atinge pielea, te vei trezi imediat, îți vei da seama ce faci și vei fi capabil să te oprești. Datorită tratamentului, vei fi capabil să exerciți un control suficient pentru a opri scărpinatul înainte de a-ți răni pielea". La acest instructaj trebuie să adăugăm și sugestii specifice fiecărei afecțiuni concepute în colaborare cu dermatologul.

Tehnica substituției de simptom are ca obiectiv reeducarea inconștientului pacientului aflat în transă în sensul înlocuirii unui model negativ de comportament cu unul dezirabil. Noul comportament sugerat trebuie să fie suficient de motivat logic pentru a distruge pattern-ul vechi de comportament. De asemenea, este necesar ca noul comportament să aibă aceeași semnificație simbolică ca și simptomul. Dacă simptomul reprezintă expresia unor tendințe agresive sau masochiste, noul comportament trebuie să constituie o alternativă dezirabilă pentru exprimarea acelorași tendințe (de exemplu, scărpinatul oferă satisfacția unor tendințe agresive inconștiente – în acest caz, terapeutul îi poate sugera unui pacient că va obține satisfacții mai mari jucând tenis).

Pentru exemplificare vă oferim un model de instructaj: „Voi interoga inconștientul tău dacă este dispus să accepte un tip de exercițiu fizic, sau un alt tip de activitate ca fiind potrivit pentru a înlesni descărcarea tensiunilor tale. Dacă subconștientul tău este de acord, vei ridica degetul arătător drept, dacă el nu este de acord, vei ridica degetul arătător stâng".

Când terapeutul consideră că sunt implicați factori inconștienți mai profunzi în etiologia bolii, aceștia trebuie analizați mai atent. Dar, de cele mai multe ori, în numeroase afecțiuni dermatologice, conflictele sunt superficiale și țin de condițiile din imediata apropiere a pacientului. Adeseori, prin simpla plasare a mâinii terapeutului pe fruntea pacientului în timp ce acesta se află în transă medie și sugestionarea lui că va fi capabil să se întoarcă în timp și să descopere ce s-a întâmplat acasă sau la serviciu când s-a declanșat boala, se obțin multe informații utile referitoare la etiologia bolii.

Wolberg (1969) descrie și tehnica vizualizării prin metoda teatrului interior; în afecțiunile dermatologice severe și cronice, terapia necesită o transă profundă și multă răbdare, pentru că aceste conflicte profunde sunt greu de identificat, ceea ce impune utilizarea cu precădere a tehnicilor hipnoanalitice.

Afecțiunile dermatologice ce pot fi tratate prin hipnoterapie sunt: alopecia areată, eczemele, hiperhidroza, neurodermitele, psoriazisul, negii (s-au făcut cercetări cu două grupe de subiecți cu negi: prima grupă a beneficiat de tratament cu raze X, cea de-a doua grupă cu placebo instrumental. S-a observat că la ambele grupe negii au dispărut la fel de repede).

În general, pentru hipnoterapia negilor sunt necesare două-trei ședințe pe săptămână. Pentru exemplificare vă oferim un model de instructaj: „Când îți ating mâna vei simți căldură, o căldură plăcută, care pătrunde prin piele în mâna ta. Pe măsură ce eu continui să-ți ating mâna crește senzația de căldură, astfel încât o poți percepe clar. Când ai senzația de căldură, ridică, te rog, cealaltă mână. Este bine așa! Acum îți voi atinge toți negii. Pe măsură ce îi ating simți cum căldura se concentrează în acel loc, iar ei devin mai calzi decât restul mâinii. Când simți căldura cuprinzând fiecare neg ridică cealaltă mână. Acum lasă mâna în jos. Pe măsură ce căldura cuprinde negii, aceștia vor deveni mici, se vor usca, se vor usca și vor dispărea treptat. Cu fiecare ședință, pielea ta devine tot mai sănătoasă pentru că negii se usucă și dispar treptat".

Este foarte important ca tratamentul să-i ofere pacientului o explicație logică pentru dispariția negilor (de exemplu, Gheorghiu, în 1978, a administrat unui subiect următoarea sugestie: „Negii se usucă și dispar pentru că nu mai sunt alimentați cu sânge").

Hipnoterapia în tulburările menstruale

Se pornește de la premisa că multe tulburări menstruale au adesea origine psihogenă, iar aceasta le face abordabile prin hipnoză. Hipnoterapia este mult mai eficientă dacă factorii emoționali sunt de dată recentă. În majoritatea cazurilor se pot obține rezultate favorabile fără hipnoanaliză prin simpla combinare a terapiei centrate pe simptom cu psihoterapia simplă de suport. Cele mai frecvente tulburări menstruale sunt: hemoragia uterină funcțională, amenoreea și dismenoreea funcțională.

Hemoragia uterină funcțională poate fi rezultatul unui șoc, al anxietății și supraîncordării. Dar aceste cauze psihice trebuie suspendate după eliminarea cauzelor organice (deci, examenul medical preliminar este obligatoriu). Cauzele psihice sunt multiple: o reacție de apărare împotriva actului sexual, teama inconștientă de sarcină etc. Majoritatea cazurilor se rezolvă doar prin administrarea unor sugestii directe de înlăturare a simptomului, iar pentru aceasta este necesar un stadiu cel puțin mediu al hipnozei. Pe lângă sugestiile directe de înlăturare a simptomului, terapeutul va oferi pacientei explicații, încurajări, deci o terapie suportivă. Un alt obiectiv important al terapiei este evitarea anemierii, iar pentru aceasta terapeutul trebuie să dea sugestii de reducere a fluxului de sânge la menstra normală. Cazurile severe de hemoragie uterină funcțională impun hipnoanaliza pentru identificarea cauzelor emoționale ce au determinat tulburarea.

Amenoreea poate varia de la oprirea completă a menstrei până la reducerea considerabilă a fluxului de sânge în menstră. Cauzele psihogene ale amenoreei pot fi evidențiate, cu siguranță, numai după eliminarea cauzelor organice. În categoria cauzelor psihogene pot fi incluse șocurile, anxietatea, teama de sarcină, atitudini greșite față de viața sexuală, absența unui partener, schimbări de mediu, detenția, situația de război. Hipnoterapia dă rezultate favorabile prin sugestii directe administrate în hipnoză. În cadrul sugestiilor directe se vor face referiri la faptul că ciclul menstrual se va restabili și funcționa normal, fără dureri, că menstra se va instala cu regularitate (la 28 de zile, fără excepție) (uneori este necesar să se precizeze data și durata menstrei). De cele mai multe ori este suficientă o singură ședință de hipnoterapie sau o discuție lungă cu un terapeut suportiv și înțelegător pentru rezolvarea problemei. Cazurile rebele de amenoree necesită intervenție hipnoanalitică pentru realizarea „insight"-ului cu privire la situația pacientei.

Dismenoreea funcțională are și ea origine psihogenă: se instalează ca un răspuns condiționat pentru că fetița află de la alții că menstra este în mod obligatoriu însoțită de durere și disconfort. Alți factori psihogeni ar fi: stresul, sentimentele de culpabilitate legate de masturbație, teama de viața sexuală, sarcina, conflicte în familie. Dismenoreea funcțională la femeile căsătorite poate fi un semn de dizarmonie conjugală; la femeile instabile emoțional și la fete, durerile menstruale pot fi atât de intense încât le afectează activitatea profesională.

Terapia dismenoreei funcționale trebuie să aibă în vedere eliminarea cauzelor organice pasibile de a produce tulburarea, abia ulterior trecându-se la psihoterapie. Terapeutul va administra sugestii directe de eliminare a durerii, asociate cu sugestii de reducere a anxietății, supraîncordării, tensiunii și a expectațiilor anticipatorii.

În cazurile rebele de dismenoree funcțională, hipnoanaliza este de un real folos, ea diagnosticând conflicte emoționale nerezolvate ce își caută o altă supapă și realizează astfel substituția de simptom.

Hipnoterapia în logonevroze

Subiecții care suferă de logonevroză (balbism) trebuie tratați cât mai timpuriu, pentru că dacă pattern-ul de vorbire deficitar s-a instalat, acesta este dificil de restructurat. Chiar și tratamentul prin hipnoză este mai eficient la copii și adolescenți, comparativ cu adulții.

Se observă că pacientul trăiește tensional defectul lui, și actul vorbirii îl face irascibil și anxios. Această tensiune determină încordarea suplimentară a mușchilor laringelui, gâtului, feței, limbii, buzelor și uneori chiar a mușchilor antrenați în respirație. Cu cât pacientul încearcă mai mult să-și depășească tulburarea, el nu face decât să-și amplifice spasmele musculare, ceea ce creează noi dificultăți. Cercul acesta vicios se prelungește, iar subiectul ajunge foarte curând să dezvolte o logofobie (teama de a vorbi). Terapia logofobiei la copiii mici până la 9 ani constă doar în exerciții logopedice: copilul recită versuri bătând măsura, citește cu voce tare lungind vocalele și face exerciții de gimnastică respiratorie. Psihoterapia logonevrozei are drept obiective eliminarea simptomului și reducerea anxietății și a unor tulburări de personalitate apărute ca o consecință a logonevrozei.

Hartland (1979) face o serie de recomandări în terapia logonevrozei:

– Când se bănuiește prezența unor traume emoționale în antecedente, acestea trebuie neapărat explorate. Conflictele trebuie abordate, explicate, rezolvate, iar pentru a obține informații referitoare la acestea, terapeutul poate utiliza interviul clinic aprofundat și uneori hipnoanaliza.

– Stresurile şi traumele actuale trebuie eliminate, de exemplu, modificarea atitudinii părinţilor faţă de copilul balbic.

Este obligatoriu ca terapeutul să administreze sugestii cu caracter general, de calm, relaxare, destindere fizică şi psihică, creşterea încrederii în sine şi întărirea ego-ului; în acest sens, un rol important îl au sugestiile centrate pe înlăturarea sentimentului de inferioritate şi îmbunătăţirea imaginii de sine a pacientului.

Pacientului trebuie să i se sugereze că va fi atât de profund interesat de conţinutul propriei comunicări, încât nu va mai acorda atenţie modului de exprimare.

Este absolut necesară restructurarea atitudinii faţă de propria deficienţă: subiectului i se va spune că ceilalţi acordă mult mai puţină atenţie defectului decât o face el. În viaţa cotidiană, subiectul trebuie să-şi creeze deprinderea de a vorbi rar, controlat şi de a exercita un autocontrol al respiraţiei.

În desfăşurarea tratamentului, terapeutul trebuie să aibă în vedere următoarele obiective: formarea la pacient a unor deprinderi de relaxare; întărirea eului şi creşterea încrederii în sine; reducerea anxietăţii legate de actul de comunicare; eliminarea simptomului prin sugestii directe, antrenarea în stare de hipnoză a vorbirii rare, clare, cu respiraţie corectă; minimalizarea pe cale sugestivă a semnificaţiei psihice a situaţiei în care este solicitată comunicarea; modificarea atitudinii pacientului faţă de deficienţa sa.

În terapia logonevrozei se aplică cu succes: 1) tehnica desensibilizării; 2) tehnica imaginaţiei dirijate.

În primul caz este necesară o transă medie în care subiectului i se demonstrează că poate vorbi bine în stare de relaxare. Apoi se reduce treptat profunzimea hipnozei până când subiectul ajunge să vorbească fluent în simplă stare de relaxare.

În cazul imaginaţiei dirijate, terapeutul îi cere subiectului aflat în hipnoză să se imagineze pe sine vorbind în prezenţa unui grup de persoane faţă de care are, de regulă, dificultăţi de exprimare şi să asocieze această experienţă cu o stare de calm, linişte, încredere. Pentru exemplificare vă oferim următorul model de instructaj: „Devii şi rămâi tot mai calm, destins, relaxat. Eşti tot mai relaxat şi în prezenţa altora, indiferent dacă sunt mulţi sau puţini, străini sau cunoscuţi. Vei fi capabil să comunici cu aceste persoane de pe poziţii de egalitate, fără urme de sentimente de inferioritate, fără să te simţi bulversat, intimidat, ridicol, fără să-ţi pese de ce vor gândi ele. Vei deveni atât de preocupat şi absorbit de ceea ce ai de spus, încât nu vei mai acorda nici o atenţie modului în care te exprimi. Vei deveni tot mai puţin conştient de prezenţa altora. Aceştia vor înceta să te mai deranjeze. Vei câştiga tot mai multă încredere în capacitatea ta de a vorbi clar şi frumos. În fiecare zi vei exersa deprinderea de a vorbi tot mai controlat, răspicat, astfel încât atunci când începi să vorbeşti te simţi foarte relaxat, din ce în ce mai relaxat, atât fizic, cât şi mental. Vei fi capabil să vorbeşti fără cea mai mică ezitare".

O altă tehnică de terapie este regresia de vârstă cu hipnoanaliză. Se realizează abreacţia (catharsisul) prin retrăirea în stare de hipnoză a conflictelor care au stat la baza tulburării. Pacientul este învăţat să practice independent o tehnică de relaxare musculară, pentru că aceasta îi va accentua încrederea în sine şi pentru că în etiologia acestor tulburări sunt incriminaţi foarte mulţi factori ce determină contracţia musculară, asupra cărora se poate acţiona specific.

O idee importantă a terapiei balbismului este cea referitoare la motivarea pacientului pentru terapie. Cu cât acesta este mai motivat, cu atât cresc şansele de succes.

Hipnoterapia în tratamentul bolilor cardiovasculare

Există o serie de afecţiuni ale aparatului cardiovascular care beneficiază de pe urma hipnozei şi autohipnozei. Dintre acestea amintim:

• *Angina pectorală*, în cazul căreia anxietatea, de regulă prin intermediul mecanismului hiperventilării, poate produce dureri în zona toracelui, dureri asemănătoare cu cele ale anginei de efort (Evans şi Lum, 1977), după cum se poate întâmpla să o agraveze.

În cazul palpitaţiilor, subiectul devine conştient de bătăile inimii sale, şi acest lucru se petrece din cauza ritmului neregulat sau a pulsului accelerat. Şi în acest caz, anxietatea poate agrava situaţia, acţionând asupra sistemului nervos autonom deja dezechilibrat, fapt ce contribuie la creşterea secreţiei de adrenalină.

• Recuperarea în cazul unor *tromboze coronariene*. Pacienţii care au suferit de o tromboză coronariană şi la care se produce o combinaţie a anxietăţii legate de starea de sănătate cu imposibilitatea modificării stilului de viaţă reprezintă o problemă pentru cardiologi, deoarece pot ajunge relativ uşor în stare de epuizare, fapt ce contribuie la recădere.

• *Hipertensiunea arterială*. Cu probleme similare se confruntă şi pacienţii hipertensivi care trebuie să înveţe să se relaxeze fizic şi psihic şi să-şi modifice stilul de viaţă până când tensiunea lor arterială ajunge să se stabilizeze.

Toate afecţiunile cardiovasculare menţionate pot beneficia de pe urma hipnozei şi autohipnozei, precum şi a tehnicilor de autocontrol respirator.

Hipnoza în tratamentul insomniilor

Pentru subiecţii cu insomnii, Hunter (1988) recomandă următoarea strategie:

„Vă voi învăţa cum să utilizaţi hipnoza pentru a vă îmbunătăţi calitatea somnului. Oamenii folosesc hipnoza în multe feluri pentru a dormi. Unii subiecţi sunt atât de relaxaţi în hipnoză, încât au tendinţa spontană de a adormi. Alţii utilizează hipnoza pentru a intra într-un loc foarte liniştit, unde se simt bine şi în siguranţă şi aşteaptă ca somnul să vină de la sine".

Vă prezentăm una dintre cele mai eficiente tehnici pentru combaterea insomniei: „Imaginaţi-vă că priviţi o tablă neagră, o cretă şi un burete. Imaginaţi-vă că scrieţi cifra 1 în mijlocul tablei. Priviţi-o câteva minute cu ochii minţii. Ştergeţi apoi cifra 1 şi undeva, într-un colţ al tablei (mă întreb ce colţ veţi alege?), scrieţi cuvântul *somn* pe care îl priviţi un moment şi apoi îl ştergeţi. Scrieţi apoi în mijlocul tablei cifra 2 şi bucuraţi-vă de acţiunea de a scrie. Priviţi cifra 2, apoi ştergeţi-o şi scrieţi în colţul tablei cuvântul *somn* pe care, de asemenea, îl priviţi şi apoi îl ştergeţi.

Scrieţi apoi în mijlocul tablei cifra 3. Mă întreb cum o veţi scrie? Va fi ea oare compusă din două semicercuri sau va conţine şi unghiuri? Mă întreb dacă semicercul de sus va fi mai mare decât cel de jos.

Priviţi cifra pe care aţi scris-o, ştergeţi-o şi scrieţi cuvântul *somn* în colţul tablei, acordând o atenţie specială fiecărei litere. Apoi scrieţi în mijlocul tablei cifra 4. Îl faceţi pe 4 din linii deschise sau desenaţi în partea de sus un triunghi închis. Există multe feluri de a scrie cifra 4.

Continuaţi procesul de scriere a unei cifre pe care apoi o ştergeţi şi scrieţi cuvântul *somn* în colţul tablei.

Veţi avea surpriza să vă treziţi dimineaţa după un somn bun. Este interesant să vă amintiţi câte cifre aţi reuşit să scrieţi. De regulă, foarte puţine persoane reuşesc să scrie în gând mai mult de 10 cifre".

O altă tehnică constă în a vă imagina numărul de cuvinte corelate cu somnul, la care vă puteţi gândi. Aflându-vă în stare de hipnoză încercaţi să jucaţi acest joc. Amintiţi-vă termenii legaţi de cuvântul somn care vă vin în minte, cum ar fi: *a adormi, somnoros, adormit, visător, pat, pernă etc.*

Pentru unii subiecţi este potrivită tehnica de a aduna coloane lungi de cifre sau cea a jocurilor de cuvinte, în timp ce alţii preferă să-şi imagineze că se plimbă într-un loc plăcut, toate căile care duc spre acel loc fiind corelate cu somnul; astfel, o cărare poate duce spre un hamac, alta spre un coş în care doarme un pisoi, alta spre dormitorul în care dormeaţi când eraţi mic. Cereţi propriului subconştient să vă ajute să găsiţi cea mai bună tehnică pentru a va ameliora somnul, tehnică ce vi se potriveşte cel mai bine.

Şi acum, câteva cuvinte despre persoanele care obişnuiesc să se trezească în toiul nopţii. Cel mai bun lucru în astfel de cazuri este să vă sculaţi şi să vă îndeletniciţi cu ceva care vă face plăcere: tricotaţi, scrieţi versuri, dezlegaţi cuvinte încrucişate. Luaţi-vă în acelaşi timp angajamentul că veţi afecta activităţii preferate o jumătate de oră înainte de a adormi. Astfel, atunci când vă veţi scula vă veţi reaminti cu plăcere că v-aţi acordat un anumit timp special pentru dumneavoastră. Puteţi apoi să adormiţi liniştit, amintindu-vă cât de plăcută a fost ultima jumătate de oră dinaintea somnului.

O altă tehnică de utilizare a hipnozei în cazul insomniilor constă în a vă întoarce în timp în copilărie, când somnul era plăcut, natural, ca de la sine.

După cum vedeţi, ştiţi multe lucruri despre somn. Corpul dumneavoastră ştie să se odihnească; el posedă acest program de somn corect încă dinainte de naştere. Permiteţi corpului şi subconştientului să regăsească aceste informaţii. Conştientul dumneavoastră, mintea dumneavoastră lucidă poate face ceea ce doreşte în timp ce subconştientul şi corpul dumneavoastră reînnoiesc vechile cunoştinţe despre somn. Poate că sunteţi interesaţi de sentimentele plăcute şi familiare induse de accesul la vechile informaţii referitoare la somnul natural. Lăsaţi aceste sentimente să plutească libere şi liniştite. E bine aşa. Cunoaşteţi acum mai multe metode de a adormi. Totuşi, pot exista unele care rămân ascunse conştientului dumneavoastră, pentru care subconştientul poate considera că trebuie să rămâneţi treaz sau să aveţi un somn foarte superficial. E posibil ca subconştientul dumneavoastră să considere că menţinerea acestui model de somn deficitar vă este încă necesară. Spuneţi subconştientului şi corpului dumneavoastră că a sosit momentul ca acest vechi model de somn să fie dat de-o parte pentru că acum aveţi nevoie de un nou model de somn odihnitor, potrivit pentru prezent şi viitor.

Poate, cu timpul, subconştientul va considera că trebuie să vă aducă la cunoştinţă şi motivele pentru care a fost necesar acel vechi model de somn superficial. Acum însă bucuraţi-vă de noul model de somn odihnitor. Gândiţi-vă cu plăcere la somnul relaxant care vă va odihni tot mai bine în fiecare noapte.

Antrenamentul mental pentru vindecarea încununată de succes (Hunter, 1988)

În ultimele săptămâni aţi învăţat foarte multe despre modul cum lucrează corpul şi mintea dumneavoastră.

Ați descoperit, mai ales, ce mult poate fi influențată funcționarea organismului atunci când există o comunicare și un schimb de informații între subconștient și organism. Vă este clar, de asemenea, cât de important este să transmiteți organismului mesajul referitor la refacerea sănătății.

Vom transmite astăzi împreună câteva mesaje pozitive într-o manieră foarte simplă și practică.

Așezați-vă într-o poziție comodă și intrați în hipnoză până la acel nivel care este potrivit pentru dumneavoastră astăzi.

În ședințele anterioare am afectat un anumit timp trecerii în revistă a evenimentelor trecute care v-au adus în starea actuală pentru a încheia cu acest trecut și a-l da la o parte. Am consumat un anumit timp și pentru a recâștiga sentimentul vitalității și starea de bine interior.

Astăzi a sosit momentul să ne ocupăm de viitor, să ne proiectăm în viitor, în acea perioadă când o să vă simțiți mult mai bine și o să vă bucurați de lucrurile bune care vă așteaptă.

„Atunci când veți simți atingerea degetului meu pe frunte deplasați-vă în viitor, în perioada în care vă veți simți bine, când simptomele dumneavoastră vor dispărea. V-ați atins scopul recâștigând sentimentul de bine al corpului și minții.

Bucurați-vă să trăiți senzația de energie și de vitalitate. Lăsați conștientul să devină o parte a minții, trupului și sufletului, vedeți-vă și auziți-vă pe dumneavoastră înșivă. Simțiți cum vă bucurați de viață, realizând toate acele lucruri care vă fac plăcere.

Gândiți-vă la hobby-ul dumneavoastră, imaginați-vă că vă plimbați pe faleză, pe o cărare care trece printr-o pădure sau că dansați, că vă aflați la o petrecere. Gândiți-vă că v-ați întors de la serviciu și faceți o treabă bună pentru că acum puteți să vă concentrați foarte bine, întrucât vechile simptome nu vă mai deranjează.

Trăiți senzația minunată de bine. Petreceți mai mult timp proiectându-vă în viitor și trăind starea de bine fizic și psihic. De fiecare dată când vă aflați acolo trimiteți mesaje puternice, pozitive subconștientului și, prin intermediul acestuia, corpului dumneavoastră.

Vizitați locul și timpul acela din viitor de mai multe ori în următoarele zile și săptămâni atunci când practicați autohipnoza acasă. De fiecare dată când realizați acest lucru vă reafirmați și vă reîntăriți forța care vă face să vă simțiți bine. Atunci când veți reveni în această cameră, veți ieși din hipnoză în maniera dumneavoastră caracteristică".

Hunter (1988) propune și o altă tehnică de utilizare a imaginației dirijate în scop de vindecare. Iată instructajul administrat subiecților:

„Toate ființele vii, plante sau animale au în comun, printre altele, și faptul că posedă în interiorul lor o incredibilă capacitate de autovindecare. Dacă vă amintiți de un animal rănit sau de o plantă lovită, veți fi convinși de adevărul spuselor mele. Animalul își linge rănile și se vindecă singur, iar plantei îi cresc noi crenguțe și frunze.

Și dumneavoastră posedați această uimitoare capacitate, aveți această energie vindecătoare în forul dumneavoastră lăuntric.

Intrați în hipnoză și coborâți în interiorul ființei dumneavoastră, unde se află sursa acelei energii vindecătoare. Conștientizați sursa energiei care vindecă și care își are originea chiar în interiorul propriei ființe. Imaginați-vă că adunați acea energie și o dirijați spre acea parte a corpului care vă pune probleme. Intuiția este cea care trebuie să vă spună unde este bine să trimiteți energia respectivă.

Fiecare om are noțiunea sau imaginea sa personală în legătură cu energia vindecătoare. Pentru mine, de pildă, ea seamănă cu o lumină, cu un fel de rază de soare pe care o pot dirija în orice parte a corpului doresc. Este o lumină galbenă-aurie care înconjoară și scaldă zona bolnavă sau lovită.

Descoperiți propria imagine sau noțiune cu privire la energia internă vindecătoare. Localizați-o în profunzimea ființei dumneavoastră și dirijați-o acolo unde corpul are nevoie de ea. Acum căutați să simțiți cum procesul de vindecare începe să se producă în interiorul corpului.

Simțiți cu adevărat cum procesul de vindecare lucrează în interiorul corpului. Dirijați energia vindecătoare în acele zone ale corpului care au nevoie de ea. Uneori veți fi surprinși de faptul că ați ales în mod intuitiv o parte a corpului la care nici nu v-ați gândit până atunci. Știind însă că subconștientul posedă mai multe informații decât mentalul dumneavoastră conștient, acordați-i încredere și trimiteți energia în acea parte a corpului pe care o alegeți pe baze intuitive.

Acum lăsa-ți imaginația dumneavoastră să creeze o imagine asupra modului în care se prezintă partea bolnavă sau rănită a corpului dumneavoastră. Creați imaginea și modalitatea sau modalitățile senzoriale care vă convin: vizuală, kinestezică, auditivă etc.

Imaginea trebuie să fie plastică, așa cum ar fi apărut ea într-un atlas de anatomie. Desigur, la unele persoane, componenta vizuală va fi completată cu cea kinestezică și/sau auditivă.

Creați o imagine cât mai vie, cât mai detaliată. Plasați după aceea imaginea undeva într-o zonă laterală a câmpului conștiinței. Apoi începeți să creați o altă imagine – imaginea vindecării, a convalescenței, a refacerii. Această imagine va ilustra modul în care se va prezenta corpul dumneavoastră atunci când vă veți simți din nou bine.

Creați imaginea propriei vindecări în culori cât mai variate, cu cât mai multe detalii. Pentru unii subiecți, imaginea va fi realistă, pentru alții ea poate căpăta un caracter simbolic.

Plasați noua imagine creată peste cea veche. Sarcina dumneavoastră constă în înlocuirea noii imagini cu cea veche". Unii subiecți își pot imagina că suprapun pur și simplu noua imagine peste cea veche, de parcă ar fi un alt diapozitiv care îl înlocuiește pe cel proiectat anterior. Alte persoane își pot imagina, de pildă, că desenează o nouă imagine care o înlocuiește pe cea veche.

Când practicați autohipnoza acasă, lucrați permanent pentru a întări imaginea ce reflectă situația în care vindecarea s-a produs deja. Cu cât veți lucra mai mult, cu atât mesajul pe care îl veți transmite subconștientului va fi mai puternic. Acest mesaj va suna astfel: „Eu pot să mă fac bine. Mă aflu deja pe calea vindecării".

Hipnoza în enurezis

Enurezisul la copil

Înaintea începerii unei psihoterapii pentru înlăturarea enurezisului, terapeutul trebuie să se asigure mai întâi dacă enurezisul are o cauză organică și/sau psihogenă. Deci, abia după o examinare somatică și urologică amănunțită ce înlătură o eventuală cauză organică, se poate trece la căutarea cauzelor psihogene ale enurezisului. În acest context intră în acțiune o multitudine de factori.

Enurezisul la copii poate apărea surprinzător după o perioadă în care copilul nu l-a avut și poate fi consecința unor deprinderi igienice greșite, formate în perioada în care copilul a fost bolnav. Apariția altui copil în familie poate favoriza enurezisul ca expresie a unei mari anxietăți, copilul făcând eforturi să atragă atenția și asupra sa, fără a fi conștient de acest mecanism. De asemenea, enurezisul poate apărea și ca o reacție de apărare împotriva unui părinte hipergrijuliu. În aceste situații, copilul trebuie mai curând compătimit decât blamat, iar prognosticul psihoterapiei urmează să fie calculat în funcție de factorii din mediul care întrețin simptomul. În primul rând, terapeutul trebuie să ia legătura cu părinții care sunt sfătuiți să manifeste indiferență față de situația creată. Mama este îndrumată să nu-i dea copilului lichide seara, să-l culce devreme și să-l pună să urineze înainte de culcare. Copilul mai trebuie trezit o dată pentru a urina înainte ca mama să se culce. În relația cu copilul, terapeutul trebuie să-i câștige încrederea și cooperarea, pentru că de cele mai multe ori, copilul urinează în pat atunci când se teme că o va face. După inducerea hipnotică, terapeutul dă copilului următorul instructaj:

„Din cauza somnului profund în care te afli, vei deveni tot mai puternic de la o zi la alta. Vei deveni tot mai liniștit, tot mai puțin nervos, te vei supăra tot mai rar și mai puțin. De la o zi la alta vei simți că ai tot mai mare încredere, stăpânire de sine, că nu ai griji, încordare. Când îți ating burtica (este foarte importantă adecvarea mesajului la nivelul de înțelegere a copilului), vei simți că vine acolo tot mai multă căldură, burta ta devine caldă, tot mai caldă, foarte caldă. Când vei simți cald în burtică ridică mâna. Lasă mâna în jos (dacă copilul a ridicat mâna). Pe măsură ce continui să-ți ating burta, căldura se împrăștie în toată burta ta și la vezică, acolo unde stă urina. Pe măsură ce vine căldura acolo, vezica devine tot mai puternică și poată ține urina toată noaptea. Când te trezești dimineața, patul este uscat. Cu fiecare tratament pe care ți-l fac, vezica ta devine tot mai puternică, poate ține urina. Nu vei bea nimic înainte de culcare și vei ține minte să mergi la toaletă. Nu te vei mai teme că urinezi în pat pentru că nu vei mai simți nevoia să te duci la baie noaptea. Vei dormi foarte bine, dar nu foarte adânc, astfel încât chiar dacă îți apare o nevoie noaptea, burta ta se va simți atât de încordată, încât vei avea destul timp să te duci la baie. Când vei reveni în pat vei adormi imediat".

În continuarea acestui instructaj este utilă includerea unor sugestii posthipnotice: „În timpul zilei, când vrei să urinezi, să te stăpânești cât mai mult și să mergi la baie doar atunci când nu mai poți. Cu cât faci mai mult asta, vei vedea că poți să ții lichidul cât mai mult în tine. Pe măsură ce se vor întâmpla cele spuse de mine, vei deveni tot mai liniștit, tot mai mulțumit, tot mai puțin supărat. Acum voi număra de la 7 la 1, vei deschide ochii și vei fi pe deplin treaz. Te simți foarte bine, ca după un somn lung".

Enurezisul la adulți

Acest simptom este mult mai dificil de tratat. El se asociază frecvent cu o mare imaturitate emoțională și determină stări depresive și complexe de inferioritate.

Wolberg (1969) consideră că acest simptom este menținut de conflicte inconștiente, de natură agresivă sau sexuală. De asemenea, el susține că simptomul poate fi interpretat ca un echivalent al masturbării. După părerea autorului, agresivitatea poate fi orientată spre părinți sau spre lume în general și reprezintă un strigăt inconștient de ajutor din partea unor personalități pasive și imature. În cazurile în care predomină conflictele de natură inconștientă, modalitatea cea mai bună de abordare este hipnoanaliza. La cei cu personalități depen-

dente şi pasive, un rol foarte important îl au sugestiile de întărire a eului. În plus, aceste simptome sunt frecvent o piedică în calea căsătoriei sau a carierei. Deci, pacientul va dori cu atât mai mult să scape de simptom. Pe lângă sugestiile de întărire a eului se dau sugestii specifice de tipul: „Cu fiecare şedinţă de relaxare vei înceta să te porţi ca un copil şi vei fi capabil să faci faţă dificultăţilor ca un adult". Tot ca o modalitate de fugă, de apărare, poate fi interpretat şi somnul prea profund al acestor subiecţi.

Hipnoza şi tulburările comportamentului alimentar

Hipnoterapia în tratamentul anorexiei nervoase

Anorexia şi bulimia nervoasă reprezintă tulburări complexe care au la bază trăsături disociative de personalitate (Russel, 1979; Beaumont şi Abraham, 1983).

Aspectele disociative se referă la imaginea corporală şi la experienţele senzoriale interoceptive, precum şi la elementele mai arhaice ce ţin de fixaţiile unor moduri infantile de relaţionare din copilărie.

Deoarece hipnoza implică, la rândul său, experienţe disociative (Hilgard, 1977) şi modalităţi regresive de relaţionare (Nash, 1988) nu este de mirare că această metodă s-a dovedit utilă în tratamentul tulburărilor conduitei alimentare.

Deşi preocupările pentru hipnoterapia anorexiei nervoase datează încă de la începutul secolului XX (Janet, 1925), cercetări mai sistematice au fost realizate mai recent. Astfel, Crasilneck şi Hall (1975) au tratat prin hipnoză 70 de pacienţi cu anorexie obţinând ameliorări semnificative la mai mult de jumătate dintre aceştia.

În fazele acute, subiecţilor le-au fost administrate sugestii directe de stimulare a senzaţiei de foame şi de obţinere a satisfacţiei de pe urma mâncatului, aceştia fiind instruiţi apoi în tehnica autohipnozei.

Krager şi Fezler (1976) au aplicat şi ei hipnoza în tratamentul anorexiei, utilizând, la rândul lor, sugestii directe de stimulare a apetitului, de scădere a anxietăţii, precum şi de actualizare a unor amintiri plăcute legate de consumul unor alimente.

Thakur (1980) a utilizat în aceste cazuri tot sugestii directe de creştere în greutate, de stimulare a unor deprinderi alimentare sănătoase, precum şi de formare a unei imagini corporale mai realiste.

Gross (1983) a tratat 50 de adolescenţi anorectici internaţi la un spital de neuropsihiatrie infantilă.

Deşi tratamentul a fost adaptat fiecărui pacient în parte, autorul a identificat câteva simptome de bază ale acestei afecţiuni, simptome ce pot fi abordate prin intermediul hipnozei:

1) *Hiperactivitate*

Au fost administrate sugestii de relaxare, reducerea ritmului respirator şi a celui cardiac şi au fost sugerate sentimente agreabile legate de imaginarea unor scene din natură.

2) *Distorsionări ale imaginii de sine*

Fotografiile trupurilor scheletice ale pacienţilor au fost comparate cu cele ale unor tineri care arătau bine.

3) *Deficit în ceea ce priveşte conştientizarea unor senzaţii interoceptive*

Terapeutul a administrat sugestii directe menite să focalizeze atenţia subiectului asupra senzaţiilor de foame şi saţietate.

4) *Deficit la nivelul autostimei*

Au fost administrate sugestii de întărire a eului, de îmbunătăţire a autostimei şi sporire a asertivităţii subiectului. S-a utilizat şi tehnica progresiei în viitor în cadrul căreia subiectul se vizualizează pe sine ca fiind eficient şi în afara familiei.

5) *Amintiri refulate ale unor evenimente psihotraumatizante din trecut*

A fost aplicată tehnica regresiei de vârstă pentru a explora conflictele inconştiente care au contribuit la instalarea simptomelor.

6) *Înlăturarea rezistenţelor deschise sau mascate la psihoterapie*

Terapeutul a prezentat hipnoza ca fiind o metodă de control a greutăţii şi nu atât de creştere în greutate. Au fost administrate şi sugestii care realizau legătura dintre deprinderi alimentare mai sănătoase şi performanţe mai bune la sport, învăţătură sau în activitatea profesională.

Nash şi Baker (1993) prezintă un model terapeutic aplicat cu succes pe 31 de femei între 17 şi 31 de ani, diagnosticate ca suferind de anorexie nervoasă.

Programul a inclus atât terapie individuală, cât şi de grup, precum şi utilizarea ocazională a tratamentului psihiatric.

Hipnoza a fost prezentată ca o parte a unei intervenţii psihoterapeutice mai complexe bazate pe supoziţia că tulburarea conduitei alimentare constituie o metaforă pentru o serie de conflicte interpersonale şi intrapsihice. Aceste conflicte sunt centrate în jurul aspectelor patologice legate de ego, control şi dorinţă de putere, precum şi pe diferenţierea şi integrarea unei identităţi personale mature şi coerente.

Deşi pacienţii cu anorexie nervoasă reprezintă un grup destul de eterogen, autorii au reuşit totuşi să sintetizeze câteva aspecte comune ale demersului lor terapeutic.

1) Hipnoza a fost prezentată pacienţilor ca o metaforă de ameliorare a autocontrolului, siguranţei interioare şi abilităţii de a stăpâni situaţiile şi nu ca o tehnică de control a deprinderilor alimentare sau de revenire la o greutate normală.

Pacienţii s-au dovedit mai receptivi la acceptarea hipnozei ca un auxiliar în cadrul terapiei pentru că majoritatea manifestau o atitudine ambivalentă faţă de activitaţile menite să le modifice deprinderile alimentare şi să-i aducă la greutatea normală.

De asemenea, pacienţii au acuzat stări de anxietate legate de pierderea autocontrolului, fapt ce i-a determinat să dorească să participe la un program destinat să faciliteze creşterea eficienţei şi a siguranţei de sine.

2) Utilizarea unei tehnici de inducţie structurate şi permisive care se bazează pe relaxare şi imaginaţie dirijată.

Structurarea inducţiei este utilă pentru a ţine sub control experienţele regresive din timpul transei, experienţe care pot speria sau chiar traumatiza din nou pacienţii anorectici.

Abordarea permisivă contribuie la evitarea rezistenţelor pacienţilor, precum şi a conflictelor specifice luptei pentru putere din cadrul relaţiei terapeutice.

3) Primele şedinţe de hipnoză au drept obiectiv creşterea încrederii în sine a clientului, a forţei ego-ului, a capacităţii de funcţionare autonomă, precum şi a expectaţiilor pozitive legate de succesul terapiei.

Din acest motiv, autohipnoza este introdusă încă de la începutul terapiei, pacienţii fiind învăţaţi s-o utilizeze pentru a-şi controla sentimentele de insecuritate şi anxietate între şedinţele de psihoterapie.

Se administrează sugestii directe şi indirecte de destindere, confort psihic, întărirea ego-ului, de dezvoltare a unor abilităţi de autocontrol, precum şi pentru formarea unor atitudini pozitive referitoare la capacitatea de autoreglare şi adaptare a subiectului.

4) După ce clientul şi-a însuşit autohipnoza şi după ce sugestiile hipnotice şi metoda imaginaţiei dirijate au condus la întărirea alianţei dintre terapeut şi client, se utilizează intervenţii terapeutice ţintite, pentru reducerea simptomelor mai direct legate de anorexia nervoasă.

Mulţi pacienţi au dificultăţi să-şi perceapă senzaţiile fiziologice care provin de la propriul organism, având tendinţa de a disocia ego-ul corporal de cel spiritual.

Sugestiile şi imaginaţia dirijată au în aceste situaţii drept obiectiv conştientizarea senzaţiilor interoceptive de foame, precum şi restabilirea legăturilor dintre trup şi minte.

În cazul în care subiecţii devin anxioşi, deoarece le sunt atinse mecanismele de apărare, se administrează sugestii de calm şi relaxare. Se procedează astfel până când pacienţii devin capabili să rămână liniştiţi şi să se simtă bine atunci când încearcă să controleze corpul cu ajutorul mentalului.

Adesea, pacienţii relatează faptul că au început să nu mai poată mânca atunci când în familie au avut loc experienţe psihotraumatizante asociate cu anxietate şi agresivitate.

Situaţiile respective vor fi retrăite în stare de transă, pacienţii fiind învăţaţi să-şi identifice emoţiile şi apoi să reducă intensitatea acestora. Ei îşi vor însuşi apoi noi strategii de a face faţă stresului pentru a nu mai recurge la blocarea alimentaţiei, retragere şi conduite disociative care conduc la distorsionarea experienţelor şi imaginii corporale.

5) O altă tehnică hipnotică se referă la lucrul asupra imaginii de sine.

Pacienţilor aflaţi în stare de hipnoză li se cere să-şi proiecteze imaginile conştientizate şi preconştiente pe un ecran imaginar. Se utilizează apoi tehnica regresiei de vârstă pentru a descoperi rădăcinile şi cauzele care au stat la baza distorsionării imaginii de sine.

Imaginea corporală deformată proiectată pe ecranul mental va fi apoi corectată tot în plan imaginar. Se va utiliza după aceea progresia de vârstă în cadrul căreia pacienţii vor exersa la nivel de antrenament mental noua imagine de sine adecvată.

6) Corectarea imaginii corporale va fi corelată apoi cu formarea şi dezvoltarea unei identităţi personale adecvate şi mature, deoarece mulţi anorectici trăiesc conflicte serioase legate de maturizare şi independenţă, din cauza constelaţiei familiale în care s-au dezvoltat.

Terapeutul va utiliza tehnica visului hipnotic pentru a-l ajuta pe client să-şi clarifice conflictele asociate cu deficienţele de la nivelul identităţii personale.

Se vor folosi apoi sugestiile directe şi indirecte, precum şi imaginaţia dirijată pentru a reconstrui un ego specific unei personalităţi mature şi echilibrate.

7) Terapeutul va utiliza hipnoza şi pentru a destructura relaţia dintre comportamentul alimentar patologic şi stările afective negative.

În stare de hipnoză, pacientul se va confrunta cu ideea existenţei conexiunii dintre afectele negative şi refuzul alimentelor. Apoi terapeutul va conduce procesul de catharsis (descărcare a acestor emoţii) şi îi va sugera clientului faptul că are posibilitatea să obţină un bun autocontrol asupra stărilor sale emoţionale.

Se utilizează tehnica visului hipnotic, a imaginaţiei dirijate, precum şi metode de abreacţie în stare de hipnoză.

8) Obiectul final al terapiei constă în înarmarea clientului cu abilităţi de autoreglare şi de a face faţă stresului.

Imaginaţia dirijată şi progresia de vârstă vor fi utilizate pentru a-i crea subiectului sentimentul de încredere în capacitatea sa de a tolera stările afective legate de procesul de maturizare şi de formare a unei identităţi personale bine structurate.

Hipnoza în tratamentul obezităţii

Levitt (1993) subliniază faptul că obezitatea este un fenomen cu cauze multiple şi complexe.

Studiile clinice au evidenţiat că indivizii supraponderali prezintă mai multe tulburări emoţionale şi trăsături nevrotice comparativ cu normoponderalii, fără a se evidenţia însă vreo legătură între obezitate şi o constelaţie psihopatologică anume.

Rodin (1982), Swanson şi Dinello (1970) sunt de părere că obezitatea are cauze metabolice, neurologice, socioeconomice şi psihologice.

Mâncatul excesiv, la fel ca şi fumatul, reprezintă un comportament patologic care trebuie supus controlului voluntar şi din acest motiv psihoterapia şi, mai ales, hipnoterapia pot să dea rezultate încurajatoare.

O serie de autori au utilizat în cazul obezităţii sugestiile directe de tipul: „Dorinţa de a consuma alimente interzise (dulciuri, pâine) va dispărea treptat şi pentru totdeauna... Îţi vei aminti imediat că trebuie să eviţi aceste alimente şi vei avea forţa de a continua acest regim, vei deveni tot mai puternic, tot mai independent pe zi ce trece... Pur şi simplu, îţi va dispărea dorinţa de a consuma alimente care îngraşă" (adaptat după Crasilneck şi Hall, 1975, 169). Se pot utiliza şi sugestii directe cu conţinut negativ, sugestii care se combină cu cele pozitive, rolul lor fiind acela de a crea subiectului aversiune faţă de anumite alimente (Miller, 1976; Barabasz şi Spiegel, 1989).

Tehnica imaginării dirijate poate fi aplicată şi ea cu succes în hipnoterapia obezităţii (Stanton, 1975; Kline, 1982; Andersen, 1985; Friesen, 1986).

Conţinutul antrenamentului mental diferă de la autor la autor, cele mai frecvent utilizate fiind reprezentarea mentală a persoanei după ce obiectivul a fost atins, precum şi repetarea în plan mental a unor conduite alimentare adecvate.

Deosebit de utile sunt şi sugestiile de întărire a ego-ului şi de creştere a încrederii pacientului în reuşita tentativei sale de a slăbi.

Se recomandă, de asemenea, utilizarea unor tehnici de relaxare sau autohipnoză care să contribuie la o mai bună autoreglare psihosomatică a individului.

Levitt (1993, 546) propune un program complex de terapie comportamentală pentru pacienţii cu obezitate, program în cadrul căruia hipnoza reprezintă doar una dintre strategiile de intervenţie.

Programul poate fi aplicat atât individual, cât şi în grup.

1. Regim alimentar hipocaloric.

2. Automonitorizarea cantităţii de alimente ingerate timp de două săptămâni.

Pacientul trebuie să noteze tipul de alimente ingerate, circumstanţele în care mănâncă, fără a-şi propune pentru început reducerea raţiei calorice, în vederea conştientizării faptului că se supraalimentează.

3. Controlul condiţiilor în care se utilizează hrana.

a) Situaţia în care se alimentează persoana. Subiecţii cu obezitate mănâncă mult mai frecvent şi în mai multe ocazii decât persoanele normale.

Acestora li se recomandă să mănânce numai la orele de masă şi chiar cu anumite tacâmuri.

b) Comportamentul alimentar. Persoanele obeze trebuie să mănânce mai încet pentru a permite realizarea digestiei încă din timpul mesei, fapt ce înlătură senzaţia de foame încă înainte ca subiectul să fi terminat de mâncat.

c) Realizarea unui şir mai lung de acţiuni înainte ca persoana să ingereze alimentele (cumpărarea, prepararea alimentelor, aranjarea mesei).

4. Creşterea motivaţiei clientului pentru scăderea în greutate.

Toţi pacienţii care se angajează într-un program de terapie a obezităţii sunt conştienţi de faptul că este bine să slăbească, dar motivaţia lor este adesea neclară, ei exprimându-se în termeni vagi: „doresc să mă simt mai bine"; „aş vrea să arăt mai bine" etc.

Terapeutul trebuie să atragă atenţia asupra consecinţelor patologice ale obezităţii, cum ar fi bolile coronariene, hipertensiunea arterială sau diabetul.

Cunoaşterea motivaţiilor care îl determină pe pacient să slăbească sunt importante pentru inducţia hipnotică şi construirea sugestiilor hipnotice.

5. Practicarea exerciţiilor fizice. Acestea sunt importante atât pentru arderea caloriilor, cât şi pentru transformarea ţesuturilor adipoase în masă musculară.

6. Strategii hipnoterapeutice. Tehnicile utilizate de către terapeut se aplică iniţial în cadrul heterohipnozei şi apoi în autohipnoză.

Se vor folosi sugestiile directe pentru a întări celelalte aspecte ale programului de slăbire: regimul alimentar, exerciţiile fizice, precum şi condiţiile în care se administrează hrana.

Se întăresc, de asemenea, prin intermediul sugestiilor, consecinţele negative ale obezităţii pentru a spori motivaţia subiectului, în vederea îndeplinirii programului propus. Tehnica imaginaţiei dirijate va fi aplicată pentru creşterea încrederii în posibilitatea atingerii obiectivului curei de slăbire.

Kirch (1992) prezintă un astfel de instructaj: „Închipuie-ţi că te priveşti într-o oglindă şi vezi propria imagine. Nu este vorba de o oglindă obişnuită, ci de oglinda viitorului... a viitorului pe care îl vei transpune în realitate. Te vezi pe tine devenind din ce în ce mai slab în oglindă, tot mai slab... tot mai slab... Kilogramele se topesc aşa cum se topeşte zăpada sub razele fierbinţi ale soarelui.

Acum ai atins greutatea dorită şi te vei putea privi în oglinda viitorului şi te vei mândri cu faptul că ţi-ai îndeplinit obiectivul".

Majoritatea pacienţilor cu obezitate au făcut numeroase încercări nereuşite de a scădea în greutate, şi acest lucru le-a zdruncinat încrederea în sine.

Din acest motiv, terapeutul va administra în timpul transei sugestii care să-l determine pe pacient să ignore eşecurile anterioare şi să se centreze pe strategiile actuale, întărind expectaţiile legate de succes.

Tot prin intermediul sugestiilor hipnotice se va anihila descurajarea care poate să apară dacă subiectul nu a reuşit să piardă în greutate într-un termen scurt, descurajare care l-ar putea determina să abandoneze programul.

IX. Hipnoterapia în tulburările sexuale

Marcia D. Degun şi Gian S. Degun (1993) consideră că o problemă sexuală poate fi definită prin incapacitatea subiectului de a obţine satisfacţii în urma activităţii sexuale individuale sau în cadrul unei relaţii.

Acest lucru se poate datora unei inadecvări a răspunsului sexual, inadecvare apreciată ca atare de către subiect sau partener.

Astfel de probleme pot să apară din cauza unei insuficiente educaţii sexuale sau datorită expectaţiilor nerealiste ale partenerilor şi pot fi corectate prin intermediul unor metode de educaţie şi consiliere.

Există însă şi situaţii în care avem de-a face cu anumite tulburări fiziologice sau psihofiziologice ale răspunsului sexual, şi în acest caz vorbim de disfuncţii sexuale care necesită tratament de specialitate şi psihoterapie.

În literatura de specialitate întâlnim disfuncţii sexuale primare şi secundare. Cele primare se manifestă de-a lungul întregii vieţi a individului, iar cele secundare se instalează după o perioadă de normalitate şi pot să se manifeste permanent sau doar în unele situaţii.

Prezentăm, în cele ce urmează, o clasificare a disfuncţiilor sexuale, clasificare bazată pe modelele lui Masters şi Jones (1970), Kaplan (1979) şi Dennerstein (1980).

Cauzele disfuncţiilor sexuale pot fi de natură organică sau psihologică.

Interviul şi evaluarea clinică trebuie să includă şi posibilitatea unor cauze organice, înainte de a se avansa ipoteza că este vorba de o tulburare psihogenă. Disfuncţiile sexuale organice necesită tratament de specialitate, deşi există şi posibilitatea unor interferenţe între problemele somatice şi cele psihologice.

Faza (Etapa)	Bărbaţi	Femei
1. Dorinţa sexuală	Dorinţă sexuală redusă sau absentă	Dorinţă sexuală redusă sau absentă
2. Activare sau excitaţie	Disfuncţie erectilă (Imposibilitatea obţinerii erecţiei)	Absenţa activării sexuale Absenţa lubrifierii vaginale
Penetraţia	Dificultatea de menţinere a erecţiei	Dureri Vaginism Dispareunie
3. Orgasm	Ejaculare precoce Ejaculare întârziată	Anorgasmie
4. Încheierea actului sexual	Disforie	Disforie

Factorii psihologici care stau la baza disfuncţiilor sexuale pot fi clasificaţi în următoarele categorii (John, 1979): experienţa anterioară, situaţia actuală, reacţia psihologică la anumite probleme organice, lipsa informaţiilor sau informaţii false în legătură cu activitatea sexuală, lipsa unei stimulări sexuale sau stimulare inadecvată.

Experienţa anterioară se referă la posibilele traume suferite în acest plan de către individ, educaţia excesiv de rigidă şi reacţiile negative ale familiei faţă de activitatea sexuală. Toţi aceşti factori produc anxietate legată de dorinţa sau comportamentul sexual.

Starea prezentă se referă la diverse situaţii stresante, cum ar fi teama de a fi rănit sau de eşec sau de a contraveni unor norme morale şi religioase. Toate situaţiile care implică stres, anxietate, depresie, culpabilitate sau mânie pot contribui la evitarea actului sexual sau la disfuncţii sexuale.

De asemenea, încurajarea comportamentului sexual de către partener, respingerea sau conflictele de tip dominare-supunere au ca rezultat disfuncţii sexuale.

Reacţiile psihologice la factori de natură organică, boală, intervenţie chirurgicală, înaintare în vârstă pot genera, la rândul lor, stări psihice negative de depresie, scăderea imaginii de sine, anxietate, anticiparea unei posibile răniri sau a eşecului, reacţii de respingere şi conflicte cu partenerul.

Principalele tehnici hipnotice utilizate în cazul terapiei sexuale sunt următoarele (Degun şi Degun, 1993, p. 111):

1. Hipnoanaliza.
2. Hipnoterapia centrată pe înlăturarea simptomelor.
3. Hipnoza ca adjuvant în terapia comportamentală.

4. Abordările cognitive şi experienţiale.
5. Abordările terapeutice eclectice.

1. Hipnoanaliza

Terapeuţii de orientare ericksoniană sunt de părere că problemele sexuale reprezintă consecinţa unor conflicte intrapsihice de natură inconştientă. Aceştia vor utiliza hipnoza în scopul explorării şi aducerii la lumină a acestui material stocat în inconştient.

În vederea obţinerii accesului la conflictele inconştiente reprimate se utilizează tehnica regresiei de vârstă până la perioada în care au avut loc anumite evenimente critice în viaţa subiectului.

Pacientul regresat în stare de hipnoză va fi încurajat să identifice şi să relateze conţinutul experienţelor emoţionale din copilărie, fapt ce conduce la eliberarea anxietăţilor şi fricilor legate de trauma respectivă.

Terapeutul va interpreta împreună cu pacientul evenimentele respective astfel încât acesta din urmă va realiza „insight"-ul (iluminarea) asupra semnificaţiei celor petrecute şi, înarmat cu o nouă viziune asupra lumii, va fi îndrumat să-şi restructureze realitatea interioară pentru a obţine o mai bună adaptare la mediu.

Specialiştii care aplică hipnoanaliza utilizează tehnici terapeutice diferite. Astfel, Wijesinghe (1977) aplica tehnica asociaţiilor libere, Mirowitz (1966) interoga pacientul aflat în hipnoză prin intermediul semnalului ideomotor, iar Alexander (1974) inducea regresia de vârstă, solicitând pacientul să retrăiască în plan imaginativ ziua în care a avut loc psihotrauma.

Ward (1980), Degun şi Degun (1988) au utilizat cu succes şi analiza viselor în soluţionarea conflictelor legate de disfuncţiile sexuale.

Abordarea psihodinamică nu se referă totdeauna la evenimente trecute, mulţi autori ocupându-se şi de conflicte de dată mai recentă. Astfel, Levitt (1971) şi Crasilneck (1979) au constatat faptul că multe disfuncţii sexuale sunt rezultatul ostilităţii faţă de parteneri, precum şi al culpabilităţii rezultate în urma trăirii respectivului sentiment.

Levitt (1971) a utilizat hipnoanaliza pentru a produce o descărcare a resentimentelor acumulate. Terapeutul a solicitat pacientul aflat în hipnoză să-şi reprezinte ostilitatea sub o formă concretă, să o deplaseze la nivelul pumnului şi apoi să strângă pumnul şi să lovească spătarul unui scaun, imaginându-şi faptul că agresivitatea iese din interiorul fiinţei sale.

Deabler (1976) este de părere că descărcarea (ventilarea) sentimentelor este importantă în cadrul hipnoanalizei din următoarele raţiuni:

– contribuie la dezvăluirea conflictelor latente;

- eliberează pacientul de temerile care inhibă activarea sexuală;
- contribuie la restructurarea asociaţiilor şi orientărilor legate de obiectul sexual;
- destructurează identificările timpurii cu rol inhibitor asupra vieţii sexuale (de pildă, identificarea cu mama în cazul unui conflict oedipian);
- facilitează implementarea sugestiilor de întărire a ego-ului şi de reconstrucţie a acestuia.

2. Sugestiile directe de înlăturare a simptomului

Mulţi hipnoterapeuţi preferă să aplice, după inducţia hipnotică, sugestiile directe centrate pe simptom, în loc să se preocupe de cauzele ascunse ale tulburării.

Tehnica implică vizualizarea în stare de hipnoză a unui act sexual reuşit cu partenerul dorit, administrându-se în acelaşi timp sugestii legate de faptul că performanţa sexuală se ameliorează (Schneck, 1970).

Se utilizează, totodată, sugestiile posthipnotice, vizualizarea unor experienţe sexuale reuşite din trecut, însoţite de sugestii de distorsionare a timpului pentru a prelungi fazele agreabile ale experienţei sexuale imaginare (Mirowitz, 1966; Cheek, 1976).

Învăţarea autohipnozei este, de asemenea, deosebit de utilă în cazul acestor pacienţi.

3. Hipnoza ca adjuvant în terapia comportamentală

Psihoterapeuţii comportamentalişti au utilizat hipnoza mai ales pentru potenţarea metodei desensibilizării sistematice.

Hipnoza are, în cadrul acestei tehnici, rolul de a facilita relaxarea şi imaginaţia dirijată. Studiile au demonstrat faptul că hipnoza este mai economică sub aspectul timpului şi mai eficientă comparativ cu relaxarea realizată după tehnica lui Jacobson (Dengrove, 1980; Clarke şi Jacobson, 1983). Desensibilizarea sistematică se realizează conform modelului clasic al lui Wolpe (1958), în cadrul căruia se stabileşte o ierarhie progresivă de scene sexuale, care sunt prezentate subiectului aflat în stare de hipnoză. Scenele se referă la jocuri sexuale care merg până la realizarea unui act sexual propriu-zis.

Se administrează şi sugestii posthipnotice pentru a facilita şi performanţele sexuale din viaţa reală. Unii terapeuţi utilizează dilatatoare de dimensiuni gradate care sunt aplicate pacientei aflate în stare de hipnoză în cazul în care aceasta suferă de vaginism (Fuchs, 1980).

Pentru anorgasmie, Dengrove (1980) recomandă stimularea manuală şi cu ajutorul vibratoarelor şi repetarea mentală în stare de hipnoză a actului sexual, înainte ca pacienta să treacă la realizarea efectivă a acestuia.

Acelaşi autor a constatat faptul că hipnoza facilitează relaxarea, distorsionarea timpului, inducerea unor vise erotice, imaginarea în detaliu a unor experienţe sexuale agreabile, precum şi accentuarea unor emoţii şi sentimente legate de viaţa sexuală.

Misra (1985) utilizează pentru disfuncţiile sexuale o tehnică de desensibilizare sistematică în stare de hipnoză, în patru etape:

a) Hipnoză cu sugestii de întărire a ego-ului.
b) Video-hipno-desensibilizare: subiectul, aflat în stare de hipnoză, cu ochii deschişi, vizionează o serie de scene care reprezintă diverse aspecte ale activităţii sexuale normale.
c) Hipno-condiţionarea: pacientul hipnotizat, de asemenea cu ochii deschişi, urmăreşte o serie gradată de diapozitive conţinând scene sexuale pe care trebuie să le exerseze acasă.
d) Rememorarea hipnotică: subiectului hipnotizat i se cere să-şi imagineze experienţe sexuale trecute, încununate de succes.

4. Abordări cognitive şi experienţiale ale disfuncţiilor sexuale

Terapeuţii cognitivişti au subliniat importanţa unor procese mentale, cum ar fi gândurile şi imaginile, în producerea şi menţinerea unor tulburări sexuale.

Araoz (1980) a introdus conceptul de terapie „hipnosexuală".

Deşi autorul se consideră a fi un terapeut experienţialist, modelul său cuprinde numeroase elemente cognitiv-comportamentale şi psihodinamice. Araoz susţine că dificultăţile sexuale îşi au originea în cogniţiile eronate pe care şi le implantează subiectul prin intermediul unei autohipnoze spontane.

Atitudinile şi afirmaţiile cu conţinut negativ, precum şi imageria negativă cu conţinut sexual pot genera şi perpetua anumite simptome în sfera comportamentului sexual. Acest fenomen se produce mai ales în urma unui eşec sexual, când subiectul începe să creadă că nu se poate comporta în mod adecvat, creându-şi o imagine de persoană care eşuează în plan sexual. Aceste gânduri şi imagini devin o formă de autoîntărire a comportamentului de eşec care va perturba interacţiunile sexuale viitoare.

Araoz (1980) denumeşte acest fenomen „autohipnoză cu conţinut negativ".

Kowalski (1985) este, la rândul său, de părere că procesele cognitive negative joacă un rol dominant în determinismul disfuncţiilor sexuale.

Metoda terapeutică a autorului constă în utilizarea hipnozei la început pentru a activa gândurile negative disfuncţionale şi stările afective dezadaptative care le însoţesc. Ulterior, hipnoza va fi folosită pentru a exersa gândurile pozitive alternative şi imaginile corespunzătoare acestora. Astfel, terapeutul va da pacientului aflat în stare de hipnoză următoarele sugestii:

„Acum am văzut partea negativă a personalităţii tale. În continuare vom face tot posibilul pentru ca partea pozitivă a ego-ului să iasă la iveală şi să ne spună câte ceva despre felul cum ar trebui rezolvată problema ta".

În hipnoză, pacientului i se cere să se concentreze asupra afirmaţiilor pozitive alternative, precum şi asupra imaginilor cu conţinut pozitiv.

În continuare, terapeutul îl va iniţia în tehnica autohipnozei pentru a facilita şi consolida restructurarea cognitivă.

Psihoterapia experienţială se centrează asupra modului în care pacientul trăieşte experienţa subiectivă imediată.

Erickson şi discipolii săi au utilizat o combinaţie între abordarea experienţială şi inducţia hipnotică indirectă, în cadrul căreia se utilizează metaforele terapeutice construite, pornindu-se de la limbajul specific folosit de subiect.

Metaforele şi sugestiile indirecte se adresează mentalului inconştient al subiectului care este responsabil de rezolvarea problemei, deoarece conţine în sine multiple disponibilităţi psihice latente care pot fi stimulate în scop terapeutic.

5. Abordări psihoterapeutice eclectice

Acestea combină abordările comportamentaliste cu cele de orientare psihodinamică. Astfel, Obler (1982) a obţinut rezultate pozitive utilizând un demers integrativ care cuprinde: psihoterapie individuală cu ajutorul metodei desensibilizării sistematice, hipnoză şi hipnoanaliză cu interpretări psihodinamice, realizată de un coterapeut şi terapie de cuplu după metoda lui Masters şi Johnson.

Rezultatele demersului integrativ au fost net superioare celor obţinute de grupul de control, tratat doar prin intermediul unor tehnici specifice terapiei puse la punct de Masters şi Johnson.

Autorul este de părere că factorii terapeutici cei mai importanţi din cadrul acestui model au fost: explorarea psihodinamică a conflictelor inconştiente, reducerea anxietăţii şi analiza istoricului problemei pacientului.

În acelaşi timp, se poate spune că tehnicile comportamentale au fost potenţate de hipnoanaliză.

Indicaţii şi contraindicaţii ale utilizării hipnozei în tulburările sexuale (Degun şi Degun, 1993, p. 114)

Nivelul hipnotizabilităţii pacientului reprezintă un element important pentru introducerea acestei tehnici în cadrul psihoterapiei, un grad înalt de hipnotizabilitate constituind o bună premisă pentru succes.

Bridges ş.a. (1985) au pus în evidenţă în plan experimental un element foarte interesant, şi anume faptul că femeile cu scor ridicat la scalele de hipnotizabilitate îşi puteau controla mai puţin gândurile şi mişcările în finalul actului sexual. Această observaţie pledează în favoarea faptului că există o relaţie inversă între hipnotizabilitate şi autocontrolul de tip inhibitor al funcţiei sexuale. De aici rezultă faptul că aplicarea hipnozei ar fi deosebit de utilă în terapiile sexuale.

Înainte de a se decide dacă trebuie sau nu să folosească hipnoza în astfel de cazuri, terapeutul trebuie să analizeze factorii motivaţionali ai pacientului. Astfel, dacă acesta are locul controlului în interior, hipnoza poate reprezenta un adjuvant important în cadrul terapiei, în timp ce pentru pacientul care nu poate face faţă propriilor sale probleme şi priveşte hipnoza ca pe o intervenţie magică, aceasta este contraindicată.

Hipnoterapia disfuncţiilor fazei legate de dorinţa sexuală

Kaplan (1979) caracteriza disfuncţia dorinţei sexuale ca fiind caracterizată prin declanşarea timpurie a anxietăţii în cadrul secvenţei dorinţă – excitare – orgasm.

Concentrarea subiectului asupra gândurilor negative acţionează ca un element de blocare a dorinţei sexuale.

Cauzele inhibării dorinţei sexuale au rădăcini adânci în psihismul subiectului şi ţin de temerile legate de trăirea plăcerii şi dragostei, a intimităţii, de respingere sau de anxietatea de performanţă.

Problemele relaţionale izvorâte din ostilitate, neîncredere, mânie, lupta pentru putere şi psihotraumele suferite în copilărie reprezintă, de asemenea, variabile importante în determinismul acestor tulburări.

Din aceste motive, nu este surprinzător faptul că disfuncţiile la nivelul dorinţei sexuale au fost abordate predominant psihodinamic.

Miller (1986), Oystragh (1980) şi Wijesinghe (1977) au utilizat tehnica regresiei de vârstă la pacienţi de sex feminin. Astfel, Oystragh (1980) a tratat o femeie de 28 de ani care se plângea de faptul că nu avea nici o dorinţă sexuală şi nu putea ajunge la orgasm. În timpul regresiei hipnotice de vârstă, pacienta a avut două momente de abreacţie, când a relatat două episoade de viol care s-au produs în copilărie. Terapeutul i-a sugerat pacientei că îşi va imagina cu lux de amănunte un act sexual şi îşi va aminti doar aspectele agreabile ale acestuia. Psihoterapia a dat rezultate pozitive după un interval de şase luni.

Miller (1986) a tratat, la rândul său, un caz de absenţă a dorinţei sexuale, având drept cauză o experienţă incestuoasă din copilărie. În această situaţie, metodele de desensibilizare nu au dat nici un rezultat.

Terapeutul a utilizat regresia de vârstă, abreacţia, sugerarea unor vise hipnotice, precum şi tehnica disocierii şi reintegrării unor părţi ale ego-ului.

Araoz (1980) era de părere că dorinţa sexuală redusă reprezintă rezultatul unor cogniţii eronate sau al autohipnozei cu conţinut negativ (autohipnoză negativă sau AHN).

Autorul subliniază faptul că majoritatea pacienţilor se prezintă la terapie pentru disfuncţii ale fazelor de excitare şi orgasm, tulburările la nivelul dorinţei sexuale fiind adesea trecute sub tăcere, deoarece în cultura occidentală a dori să ai relaţii sexuale reprezintă un lucru mai puţin valorizat.

Araoz (1980) relatează cazul unui bărbat cu disfuncţie erectilă şi ejaculare precoce la care s-a constatat şi o tulburare la nivelul dorinţei sexuale.

În acest caz, hipnoza a fost utilizată în următoarele scopuri:

a) Retrăirea în plan imaginativ a unei perioade când pacientul a fost activat sexual (pentru a facilita schimbarea în plan cognitiv şi emoţional).

b) Descoperirea cauzelor şi momentului în istoria vieţii pacientului când s-a instalat tulburarea; cele două tehnici nu au dat rezultate semnificative.

c) Antrenament mental: pacientului i s-a cerut să-şi imagineze că îşi desfăşoară existenţa având un interes sexual crescut. Prin intermediul acestei tehnici au fost obţinute unele mici progrese în sensul că pacientul a început să dedice mai mult timp preocupărilor legate de viaţa sexuală.

d) Stabilirea şi exersarea în stare de hipnoză a ierarhiei stimulilor agreabili legaţi de activitatea sexuală.

Pacientul a alcătuit împreună cu terapeutul o listă care cuprindea o ierarhie a aspectelor plăcute care apar în timpul actului sexual cu soţia sa. Aceste elemente au fost exersate în stare de hipnoză şi întărite prin intermediul unor sugestii posthipnotice. S-a sugerat faptul că lanţul reacţiilor pozitive va fi declanşat de îmbrăţişarea soţiei pacientului.

După patru şedinţe de hipnoză, folosindu-se cea de-a patra metodă, s-a constatat o revenire a dorinţei sexuale a subiectului.

Mecanismele care au stat la baza demersului terapeutic utilizat au fost, pe de-o parte, comutarea atenţiei de la aspectele cognitive ale problemei către cele emoţionale, iar pe de altă parte, modificarea, în stare de hipnoză, a experienţelor negative timpurii şi transformarea lor în experienţe pozitive.

Hipnoterapia disfuncţiilor specifice fazei de excitare sexuală

Disfuncţiile fazei de excitare se manifestă mai ales atunci când anxietatea apare în diverse momente ale preludiului actului sexual, după ce subiectul a intrat în starea de excitaţie.

La bărbaţi, aceste disfuncţii se manifestă sub forma disfuncţiei erectile (impotenţa erectilă) şi a ejaculării întârziate.

Disfuncţia erectilă poate să apară ca urmare a fricii de respingere, lipsei de asertivitate, grijii excesive faţă de parteneră, culpabilităţii legate de masturbare, expectaţiilor nerealiste faţă de activitatea sexuală sau luptei pentru putere în cadrul cuplului (Kaplan, 1979).

De regulă, ejacularea întârziată are drept cauză ostilitatea faţă de parteneră şi lipsa de încredere în relaţia respectivă.

Impotenţa poate fi primară (bărbatul nu a fost niciodată capabil să menţină erecţia) sau secundară (activitatea sexuală a fost normală în trecut, iar incapacitatea de menţinere a erecţiei a apărut la un moment dat).

Impotenţa primară reprezintă un fenomen mai rar. Kaplan (1974) a subliniat importanţa unor condiţionări emoţionale şi cognitive care pot să survină chiar în urma unui singur episod de impotenţă, apărut accidental. Bărbatul respectiv îşi reaminteşte eşecul suferit, şi teama că nu va putea funcţiona normal îl determină să aibă eşecuri viitoare. În acest caz, anxietatea de performanţă inhibă funcţia sexuală.

Oboseala fizică, consumul excesiv de alcool sau droguri, medicamentele tranchilizante pot sta la baza unuia sau mai multor episoade de eşec sexual.

Există şi cauze organice ale impotenţei, cauze care au la bază tulburări endocrine sau neurologice.

Masters şi Johnson (1970) au evidenţiat şi alte cauze ale impotenţei secundare: educaţia religioasă care priveşte relaţiile sexuale ca pe un păcat sau orientarea spre homosexualitate.

Kaplan (1979) relatează faptul că în Statele Unite, 85% din cazurile de impotenţă sunt de natură psihogenă.

Crasilneck şi Hall (1985) introduc şi ei printre factorii etiologici ai tulburărilor sexuale specifice fazei de excitaţie, sentimentul de culpabilitate pentru o relaţie extraconjugală, teama de sarcină, teama de boli venerice, evenimente traumatizante din copilărie, cum ar fi, de pildă, pedepsele primite pentru jocurile erotice sau teama de mânia tatălui în cazul unui complex oedipal nerezolvat.

Autorii menţionaţi au aplicat hipnoterapia la un număr foarte mare de pacienţi cu impotenţă, metoda constând în utilizarea unor sugestii directe menite să favorizeze erecţia şi au obţinut rezultate pozitive la 80% dintre aceştia. Pacienţilor aflaţi în hipnoză li s-a sugerat rigiditatea braţului, după care terapeutul a administrat următoarele instrucţiuni sugestive:

„Dacă eşti capabil să obţii senzaţia de rigiditate într-o anumită parte a corpului, vei putea s-o obţii şi la nivelul penisului... Vei realiza o erecţie foarte puternică ori de câte ori eşti excitat sexual".

Fuchs ş.a. (1985) a utilizat la pacienţii cu impotenţă tehnica levitaţiei braţului, administrând sugestii de tipul următor:

„Vei observa imediat că penisul tău se ridică la fel cum se ridică braţul tău drept..."

Alţi autori preferă să utilizeze o combinaţie între sugestiile directe şi tehnicile hipnoanalitice.

Schneck (1970) descrie cazul unui tânăr care avea fantezii legate de faptul că se luptă cu un alt tânăr, fantezii care se încheiau cu erecţie şi ejaculare. În momentul în care tânărul a început o relaţie cu o fată, a apărut imposibilitatea menţinerii erecţiei.

Pacientului, aflat în hipnoză, i s-a cerut să vizualizeze de mai multe ori actul sexual cu partenera şi să descrie fiecare fază a acestuia. Terapeutul accentua, prin intermediul sugestiilor, anumite faze ale scenei care se cereau întărite.

Pacientului i s-a sugerat, de asemenea, să nu amâne penetrarea.

În momentul în care acesta a fost capabil să susţină un act sexual, terapeutul i-a cerut în hipnoză să reia fanteziile legate de luptă şi le-a transformat prin intermediul sugestiilor în imagini corelate cu activitatea heterosexuală.

După această intervenţie terapeutică, activitatea heterosexuală s-a ameliorat şi fanteziile cu conţinut homosexual au dispărut.

Disfuncţiile fazei de excitare la femei sunt vaginismul şi dispareunia.

Kaplan (1979) defineşte vaginismul ca fiind un spasm muscular condiţionat al musculaturii perivaginale, care reflectă teama pacientei de penetrare.

În cazul dispareuniei este vorba, de asemenea, de spasmul dureros al unor muşchi ai aparatului genital.

Printre cauzele acestor tulburări menţionăm culpabilitatea legată de plăcerea sexuală, ostilitatea faţă de partener, teama de penetrare şi alţi factori ce ţin de conflicte sexuale mai profunde.

Schneck (1965) a utilizat în astfel de cazuri relaxarea şi imaginaţia dirijată în stare de hipnoză. Pacientei i s-a cerut să-şi reprezinte mental faptul că acceptă gradat diverse manevre sexuale, începând cu jocul erotic, contactul genital superficial, presiune în zona organelor genitale pe o perioadă mai lungă, penetraţie parţială, completă şi în cele din urmă un act sexual normal.

Fuchs (1980) a utilizat tehnica desensibilizării sistematice în plan real, introducând în vaginul pacientei aflate în stare de hipnoză dilatatoare de dimensiuni progresive.

Hipnoterapia disfuncţiilor sexuale specifice fazei de orgasm

Disfuncţiile sexuale proprii acestei faze sunt cauzate de anxietatea produsă de nivelul extrem de activare.

La bărbaţi se manifestă sub forma ejaculării precoce datorate dificultăţii de a percepe senzaţia erotică specifică fazei dinaintea orgasmului, fapt ce conduce la pierderea controlului.

Printre cauzele acestei tulburări menţionăm: anxietatea de performanţă, ostilitatea faţă de parteneră sau stări negative legate de experienţele sexuale timpurii.

La femei, tulburarea se manifestă sub forma inhibiţiei orgasmului care poate fi cauzată de aşteptarea acestuia, atitudinea de spectatoare vigilentă, recunoaşterea fiziologiei activităţii sexuale sau lipsa de asertivitate. Acestor cauze li se adaugă, pentru ambele sexe, teama de respingere, de pierdere a controlului sau prezenţa unor fantezii terifiante legate de orgasm.

Crasilneck şi Hall (1985) subliniază faptul că la femei orgasmul nu reprezintă un fenomen absolut, multe dintre acestea putând să obţină satisfacţii de pe urma activităţii sexuale în absenţa orgasmului. Calitatea orgasmului variază considerabil chiar la femeile capabile să-l realizeze, iar satisfacţia obţinută variază în funcţie de întregul context în care are loc relaţia sexuală.

Probleme psihologice apar din cauza expectaţiilor nerealiste pe care le au multe femei în legătură cu această experienţă, unele aşteptând să obţină o trăire extatică, iar altele considerând că totdeauna orgasmul trebuie să fie o experienţă comună cu partenerul.

Aceste expectaţii nerealiste trebuie corectate prin intermediul unor acţiuni de educaţie şi consiliere.

Ca şi în cazul ejaculării precoce la bărbaţi, condiţiile improprii, cum ar fi timpul nepotrivit, oboseala, distragerea atenţiei, absenţa intimităţii sau teama de sarcină pot contribui la absenţa orgasmului la femei. De asemenea, inhibarea răspunsului sexual al femeii poate reprezenta şi un semn de ostilitate faţă de partener, la fel ca în cazul ejaculării precoce la bărbat.

Atitudinile negative şi comportamentul punitiv al părinţilor faţă de jocurile sexuale ale copilului pot determina individul să privească activitatea sexuală ca pe ceva rău sau murdar, fapt ce va contribui la instalarea unei disfuncţii sexuale la vârsta adultă.

Crasilneck şi Hall (1985) abordează psihoterapeutic anorgasmia, combinând tehnicile hipnoanalitice de profunzime, care urmăresc să exploreze cauzele problemei, cu sugestii care acţionează asupra inhibiţiei sexuale ca atare.

După inducţia hipnotică, pacientei i se sugerează faptul că va relaxa total vaginul şi că i se va accentua sensibilitatea vaginului şi clitorisului astfel încât va putea obţine satisfacţie în timpul actului sexual.

Terapeuţii implicau şi partenerul în terapia disfuncţiei orgasmului la femei, solicitându-l să-i acorde pacientei mai multă atenţie şi grijă în timpul actului sexual.

Ei procedau în felul acesta deoarece absența orgasmului la femeie poate genera sentimente de insecuritate și inferioritate la partener, care începe să se îndoiască de virilitatea sa. Atragerea acestuia la colaborare în cadrul psihoterapiei îl va face să înțeleagă mai bine natura problemei și să contribuie la rezolvarea ei.

Atunci când disfuncția sexuală se datorează ostilității rezultate în urma unor remarci neadecvate ale partenerului, pot fi utilizate tehnici hipnotice de descărcare a stărilor afective negative. Astfel, Miller (1979) le sugera pacienților săi să retrăiască în plan mental actul sexual și să „ventileze" (să lase stările afective să se descarce) sentimentele. Terapeutul administra și o tabletă „placebo" despre care spunea că reprezintă un stimulent sexual puternic pentru a sparge cercul vicios care contribuie la menținerea tulburării, creând expectații pozitive pacientului.

Alexander (1974) este de părere că preocupările excesive în legătură cu performanța sexuală produc impotență la bărbați și anorgasmie la femei. Astfel, deoarece femeia este excesiv de preocupată să facă plăcere partenerului, acțiunile și intențiile sale voluntare pot să interfereze cu aspectele involuntare legate de satisfacția sexuală. Din acest motiv, cele mai eficiente sugestii care pot fi administrate în stare de hipnoză sunt de tipul: „fă tot posibilul pentru a-ți produce plăcere ție însăți".

Kroger și Fezler (1976) au utilizat un demers centrat pe simptom în cazuri de anorgasmie, impotență și ejaculare precoce. Acești autori au pus un accent deosebit pe retrăirea în stare de hipnoză a unor experiențe pozitive legate de activitatea sexuală.

A fost utilizată, de asemenea, tehnica distorsionării timpului în tratamentul ejacularii precoce: terapeutul i-a sugerat pacientului aflat în stare de hipnoză să prelungească în plan imaginativ timpul erecției și, în același timp, să se concentreze în timpul intromisiunii asupra unei imagini cu conținut non-erotic pentru a întârzia ejacularea.

Dengrove (1980) a accentuat necesitatea concentrării atenției subiecților de sex feminin asupra satisfacțiilor oferite de sex și nu asupra obținerii cu orice preț a orgasmului. Terapeutul încuraja și autostimularea manuală de către pacientă, autostimulare întărită și prin intermediul repetării mentale a sugestiilor hipnotioe.

Rezultate pozitive au fost obținute și prin intermediul unor tehnici de desensibilizare în plan real sau/și imaginativ. Astfel, în cazul femeilor cu anorgasmie s-au utitilizat și vibratoarele pentru exersarea obținerii orgasmului.

Unele strategii terapeutice includ și modificări ale condițiilor și pozițiilor în care se realizează actul sexual, hipnoza fiind utilizată doar pentru a facilita imageria erotică pozitivă și autostimulările.

Marea majoritate a terapeuților sunt de părere că în cazul anorgasmiei, rezultatele cele mai bune se obțin prin combinarea demersului hipnoanalitic cu cel centrat pe simptom. Astfel, Obler (1982), în urma tratamentului aplicat la 26 de paciente cu anorgasmie, propune utilizarea unui demers interogativ, care implică desensibilizare sistematică în stare de hipnoză față de situațiile cu conținut erotic, pentru jumătate din ședințele inițiale, cealaltă jumătate fiind dedicată aplicării tehnicii asociațiilor libere, în urma cărora pacientele produc un material relevant, legat de conflictele inconștiente din sfera sexuală.

A urmat adâncirea transei cu abreacția (descărcarea) stărilor emoționale, care au fost puse în evidență prin intermediul asociațiilor libere.

În continuare au avut loc, în stare de veghe, discuții și interpretări ale informațiilor obținute în cursul ședințelor de hipnoză.

Obler (1982) este de părere că mecanismele terapeutice care au condus la obținerea unor rezultate pozitive, în urma demersului aplicat, au fost explorarea psihodinamică a conflictelor inconștiente și reducerea anxietății legate de activitatea sexuală.

X. Hipnoterapia în combaterea durerii

Hart (1993) este de părere că durerea reprezintă un fenomen multidimensional psihosocial, care implică experienţe senzoriale, factori emoţionali (suferinţă, teamă, expectaţii, modificări ale dispoziţiei, anxietate, tensiune, amintiri, motivaţie şi fenomene sugestive), precum şi componente sociale, care ţin de consecinţele culturale şi de inserţia în mediu a persoanei care suferă durerea.

Acelaşi autor defineşte, în acest context, hipnoza ca fiind o stare modificată de conştiinţă, caracterizată prin producerea unor distorsionări la nivelul senzaţiilor, percepţiilor, memoriei, prin modificări involuntare ale comportamentului, precum şi prin facilitarea accesului la zonele inconştiente ale psihismului subiectului.

Hipnoanestezia

Deşi Esdaile a utilizat „mesmerismul" în urmă cu 140 de ani în peste 300 de cazuri de intervenţii chirurgicale, dezvoltarea anestezicelor a redus pentru mult timp interesul pentru aceste operaţii „fără durere".

În ultimii 25 de ani s-a produs o nouă orientare a specialiştilor către controlul durerii prin intermediul hipnozei, acest lucru datorându-se mai ales studiilor care au evidenţiat rolul dominant al variabilelor psihologice în producerea şi suportarea durerii de către pacient.

Deşi unanim recunoscută, contribuţia hipnozei la combaterea durerii este încă slab reprezentată din următoarele raţiuni (Hart, 1984):

1. Opinia specialiştilor că tehnica hipnotică durează prea mult.
2. Neîncrederea unor specialişti în utilitatea hipnozei în reducerea durerii.
3. Concepţiile eronate cu privire la natura hipnozei.
4. Unele eşecuri timpurii înregistrate în aplicarea tehnicii.
5. Teama de ridicol a unor specialişti.
6. Dezvoltarea spectaculoasă a anestezicelor.
7. Numărul limitat de specialişti hipnoterapeuţi care lucrează în domeniul medicinei şi stomatologiei.

În ciuda acestor limitări, utilizarea terapeutică a hipnozei în combaterea durerii rămâne un domeniu promiţător, mai ales ţinând seama de faptul că aceasta nu are nici un fel de efect secundar, aşa cum se întâmplă în cazul majorităţii anestezicelor şi analgezicelor.

Deşi durerile acute, previzibile, de durată scurtă şi având valoare de semnalizare, răspund bine la tratamentele medicamentoase, tot mai mulţi specialişti sunt de părere că pregătirea psihologică a pacienţilor, incluzând şi metodele hipnotice, poate contribui la înarmarea acestora cu metode de a face faţă stimulilor agresivi.

Hilgard şi Hilgard (1975; 1983) subliniază faptul că hipnoza poate să fie deosebit de utilă, mai ales pentru reducerea durerilor consecutive unor intervenţii chirurgicale, naşterii, celor post-operatorii, ori specifice dismenoreei, cefaleei şi arsurilor.

Durerile cronice, imprevizibile, cu durată de peste şase luni, care răspund insuficient la medicaţia analgezică şi nu au valoare de semnalizare pentru organism, sunt mult mai complexe şi afectează întreaga existenţă a individului.

Şi în aceste cazuri, hipnoterapia poate constitui, alături de metodele de fizioterapie şi de cele specifice demersurilor cognitiv-comportamentale, un auxiliar preţios în cadrul unor metode complexe de management al disconfortului resimţit de pacienţii cu leziuni ale coloanei vertebrale, cancer, reumatism, artrită, nevralgii sau dureri abdominale cu cauze necunoscute.

Hilgard şi Hilgard (1975; 1983) au demonstrat experimental o relaţie între gradul de hipnotizabilitate şi producerea analgeziei şi anesteziei hipnotice.

Studiile au arătat, de asemenea, că între 5 şi 20% din populaţie este suficient de hipnotizabilă pentru a beneficia de hipnoză ca metodă de combatere a durerii.

Hipnoterapeuţii de orientare ericksoniană, care utilizează un demers terapeutic mai natural şi mai permisiv, sunt de părere că nivelul hipnotizabilităţii nu este atât de important atunci când pacienţii motivaţi sunt iniţiaţi într-o tehnică indirectă şi permisivă care îi va ajuta să-şi utilizeze resursele interioare pentru a-şi rezolva problemele personale, inclusiv pe cele legate de durere.

Orne (1983) sublinia faptul că nivelul hipnotizabilităţii este mai important în cazul reacţiilor fiziologice specifice durerilor acute, în timp ce, pentru cele cronice, mai importante decât hipnotizabilitatea sunt motivaţia, expectaţiile şi atitudinile pacientului.

Fisher (2001) relatează cazul unui pacient care urma să suporte o intervenţie chirurgicală pentru by-pass-uri. Pacientul era foarte speriat şi a solicitat hipnoza la recomandarea unui prieten al fiicei sale care era membru în Societatea Americană de hipnoză clinică, fiind dispus să accepte orice l-ar fi putut ajuta.

Primul pas în aplicarea tehnicii l-a reprezentat evaluarea nivelului de hipnotizabilitate, care a fost realizată cu ajutorul Profilului de Inducţie Hipnotică (Hypnotic Induction Profile, HIP) elaborat de Spiegel (1975).

Clientul, Marcus, un cercetător chimist de renume, în vârstă de 49 de ani, a obţinut un scor foarte scăzut, 5 din 15 puncte posibile, manifestând o atitudine sceptică.

„Voi reuşi până la urmă, nu-i aşa?" a întrebat pacientul după aplicarea testului.

Terapeutul i-a explicat că oamenii răspund la hipnoză în moduri diferite şi că nu este necesar ca cineva să fie total detaşat de realitate pentru a beneficia de pe urma hipnozei.

În continuare, terapeutul i-a explicat faptul că a observat anumite semne promiţătoare cum ar fi: o relaxare a muşchiului feţei şi umerilor, căderea capului şi o atitudine de destindere generală, afirmând faptul că doar 5 până la 15% din populaţie pot intra într-o stare de transă profundă, în care să nu mai aibă contact cu lumea exterioară, dar că o astfel de stare nu este neapărat necesară pentru eficienţa terapiei. Cu 24 de ore înaintea intervenţiei, deşi încă destul de anxios, pacientul a acceptat să facă exerciţiul de relaxare propus de către terapeut, exerciţiu care dura 90 de secunde şi care trebuia practicat seara, cu o oră înainte de culcare, dimineaţa, în ziua intervenţiei şi în timp ce era transportat spre sala de operaţie. De asemenea, pacientul a fost instruit să practice exerciţiul şi după ce avea să se trezească din anestezie.

Intervenţia a durat şase ore.

A doua zi, după operaţie, terapeutul l-a vizitat dimineaţa pe pacient şi a rămas surprins să constate că, din 150 de pacienţi aflaţi la secţia de terapie intensivă, singurul care era vioi şi alert şi în poziţie şezând, era pacientul în cauză, Marcus, care şi-a exprimat dorinţa să plece acasă.

Exerciţiul recomandat a fost următorul (Fisher, 2001): „Te voi învăţa să intri în autohipnoză. În transă îţi vei lăsa corpul să se comporte aşa cum doreşti înainte, în timpul şi după operaţie. Vei utiliza autohipnoza împreună cu medicaţia obişnuită ca să te pregăteşti pentru operaţie.

Pentru a intra în transă aşază-te într-o poziţie cât mai comodă şi urmează paşii pe care ţi-i sugerez:

1 – ţine capul drept şi roteşte globii oculari ca şi cum ai dori să priveşti punctul dintre sprâncene;

2 – pe măsură ce continui să priveşti în sus lasă ochii să se închidă şi inspiră adânc, ţine-ţi respiraţia numărând până la 3 (1, 2, 3);

3 – rămânând cu ochii închişi, expiră lent şi relaxează ochii, braţele, picioarele ... tot corpul ... lasă corpul tău să plutească uşor ...

Imaginează-ţi apoi că te relaxezi întins pe un nor pufos şi moale, unde te simţi în deplină siguranţă, sau pe o saltea de puf ... laşi corpul tău să plutească liniştit ... în deplină siguranţă ... într-o poziţie comodă ... relaxantă. Pe măsură ce te relaxezi ... imaginează-ţi că pluteşti ... aş dori să te gândeşti la următoarele lucruri: ai venit la spital pentru ca tu, împreună cu chirurgul tău, să lucraţi împreună spre a vindeca boala de care suferi. În timp ce te afli în spital, vei contribui la însănătoşirea ta înainte, în timpul şi după intervenţia chirurgicală. Pentru aceasta vei permite corpului tău să ştie ce are de făcut în timpul tratamentului.

Vei face un exerciţiu compus din două etape pentru a te ajuta pe tine însuţi. În prima etapă te vei concentra asupra modului în care va trebui să se comporte corpul tău în timpul operaţiei.

Imaginează-ţi corpul tău insensibil, relaxat, moale, destins ... Ştii că eşti supravegheat îndeaproape de medici competenţi ... aşa că poţi să te relaxezi în deplină siguranţă. O parte din tine va rămâne activă şi vigilentă în timpul operaţiei ... acesta este sistemul de protecţie al organismului tău. Acest sistem va menţine rana uscată, curată, fără infecţii ... va conduce la reducerea sângerării, a disconfortului şi va accelera vindecarea.

Lăsând corpul tău să se relaxeze în timpul operaţiei, cu sistemul de apărare activ ... concentrat asupra protecţiei şi procesului de vindecare, vei colabora cu medicii tăi pentru a vindeca boala de care suferi.

A doua etapă va presupune concentrarea asupra modului în care va trebui să reacţioneze corpul tău, după operaţie, în perioadele de refacere şi convalescenţă.

Înainte de operaţie, cele două etape ale exerciţiului trebuie să fie parcurse împreună şi vom exersa până când crezi că le poţi realiza foarte bine. După încheierea operaţiei, te vei concentra doar asupra celei de-a doua etape, referitoare la refacere. Atunci când ieşi din anestezie, ştiind că operaţia s-a terminat, intri din nou în transă şi te focalizezi în direcţia activării sistemelor defensive pentru a obţine starea de sănătate.

Îţi imaginezi că rana este uscată, curată, fără infecţii. Redu sângerarea şi disconfortul. Concentrează-te asupra reluării funcţionării normale a organismu-

lui ... stabilizează tensiunea arterială ... Imaginează-ți că îți este foame ... că îți este sete ... că dorești să mergi la baie. Imaginează-ți că te reîntorci la stilul de viață pe care ți-l dorești ... pe măsură ce trupul tău se vindecă.

Înainte te-ai concentrat asupra modului în care se va comporta trupul tău în timp ce te afli în spital. Acum te rog să te gândești cum se vor desfășura lucrurile după ce te vei vindeca ... fără durere ... fără teamă ... Doresc să îți imaginezi că faci lucrurile pe care poți să le faci, pe care dorești să le faci ... Din acest motiv te-ai operat ... pentru a repara acea parte a corpului tău care îți crea probleme ... care te împiedica să faci lucrurile pe care doreai să le faci ... astfel încât poți să realizezi acele lucruri pe care dorești să le realizezi ... fără teamă ... fără îngrijorare.

Gândește-te câteva minute la ce ți-am spus și apoi te voi învăța să ieși din transă, lăsând toate aceste mesaje să rămână în corpul tău."

(Pacientul este lăsat singur timp de câteva minute.)

„Înainte de a-ți arăta cum să închei transa, vom repeta câte ceva din cele învățate. Prima etapă se referă la modul în care corpul tău se va comporta în timpul operației, iar a doua la modul în care acesta se va comporta după operație. Înainte de intervenția chirurgicală parcurgi ambele etape, iar după aceasta doar etapa a doua.

În prima etapă te gândești la modul în care trebuie să se comporte trupul tău în timpul operației. El trebuie să fie relaxat și insensibil ... inert ... cu excepția sistemului de apărare. Acest sistem este alert pentru a menține rana uscată, curată, liberă de infecții și pentru a reduce sângerarea și disconfortul.

Deși anestezistul îți va administra acea cantitate de anestezic de care are nevoie corpul tău, vei facilita această acțiune, ghidând corpul tău pentru a se comporta corespunzător ... lasă corpul să se relaxeze în timpul operației astfel încât tu împreună cu chirurgul tău să lucrați pentru a vindeca boala.

Etapa a doua se referă la refacere. Sistemul tău imunitar este alert pentru a menține rana curată, uscată, liberă de infecții ... pentru a reduce sângerarea și disconfortul ... pentru a accelera vindecarea. Imaginează-ți că îți reiei toate funcțiile normale ... tensiunea ta se stabilizează ... revine la normal ... Simți cum îți revine pofta de mâncare ... ți-e sete ... simți nevoia să te duci la baie ... Simți dorința să te miști.

De fiecare dată când ieși din transă, gândește-te la viitor ... la motivul pentru care ai făcut operația ... Imaginează-ți că faci lucrurile pe care dorești să le faci după ce operația s-a încheiat și tu ți-ai revenit."

„Pentru a ieși din transă, utilizează procedeul celor trei trepte, numărând de la 3 la 1:

3 – fii pregătit ... fii pregătit să ieși din transă;

2 – cu ochii încă închiși îți imaginezi că revii la ritmul tău personal, la starea normală;

1 – deschide încet ochii, permițând privirii să se focalizeze."

Terapeutul i-a prescris pacientului să realizeze exercițiul o dată la o oră și chiar mai frecvent, dacă simte nevoia. Acestuia i s-a spus că uneori starea de relaxare va fi mai profundă, alteori mai superficială, dar că acest lucru nu este important. Esențial este ca exercițiul să fie repetat frecvent.

Pacientul a fost externat cu o săptămână înainte de termen, recuperarea realizându-se foarte rapid și eficient.

Hipnoza reprezintă un instrument prin intermediul căruia se realizează o reglare a reacțiilor fiziologice înainte și în timpul intervenției chirurgicale.

Cercetările au evidențiat faptul că hipnoza contribuie la reducerea anxietății și fricii preoperatorii, precum și la diminuarea afluxului de sânge la nivelul plăgii, reduce frecvența cardiacă, tensiunea musculară și durerea și amplifică activitatea sistemului imunitar.

Pacienții care utilizează autohipnoza au nevoie de o cantitate mai redusă de anestezice și miorelaxante, substanțe cu efecte secundare toxice.

Studiile realizate de Fisher și Marcia Greenleaf (Fisher, 2002) au evidențiat faptul că pacienții care au fost supuși unor intervenții chirurgicale s-au dovedit capabili să oprească hemoragia dacă li s-a sugerat acest lucru.

De asemenea, în cazul în care sugestiile s-au referit la scurtarea perioadei de convalescență, s-a constatat la lotul experimental o reducere a duratei de spitalizare în medie cu 242 zile.

Koulouch (Fisher, 2002) a aplicat hipnoza pasivă pe 254 de pacienți pe care i-a operat, sugerând analgezia, anestezia și relaxarea musculară. Pacienții au fost instruiți să-și producă voluntar stări de relaxare și insensibilitate. Majoritatea pacienților din cadrul acestui grup au necesitat mai puține tratamente postoperatorii cu substanțe analgezice și au părăsit spitalul mai devreme decât pacienții din cadrul lotului de control.

Trei medici de la Universitatea din California (Los Angeles Medical School) (Fisher, 2002) au raportat un caz reușit în care a fost oprită o hemoragie gastrointestinală superioară severă.

Pacienta a fost internată în spital cu extremitățile reci, puls accelerat și sângerare abundentă.

Echipa medicală a pus problema utilizării hipnozei pentru reducerea hemoragiei până la aducerea pacientei în sala de operație. Pacienta era palidă, agitată, cu respirație accelerată, tremor și anxietate accentuată. Ea a acceptat fără rezerve hipnoza.

Hipnoterapeutul i-a sugerat faptul că derulează amintiri agreabile din trecut ... că se află la mare, pe plajă ... că simte nisipul pe care stă întinsă ... briza răcoroasă care îi atinge faţa ... că ţine în mână un pahar rece cu o băutură răcoritoare ... aude zgomotul monoton al valurilor ... râsetele fericite ale unor copii etc.

I s-a sugerat, în continuare, faptul că inconştientul ei controlează respiraţia şi pulsul care se liniştesc, se reduc ... devin tot mai liniştite ... respiraţia este tot mai rară ... mai liniştită ... bătăile inimii tot mai rare, calme ... liniştite.

Inconştientul controlează activitatea vaselor de sânge ... tensiunea arterială ... are grijă de modul în care funcţionează corpul ei şi controlează total sângerarea. Inconştientul va acţiona în aşa fel încât să oprească sângerarea din stomac şi esofag...

S-a constatat faptul că pacienta şi-a schimbat culoarea în câteva minute, s-a relaxat, respiraţia s-a calmat, bătăile inimii s-au redus, iar tensiunea arterială s-a echilibrat.

Pacientei i s-a administrat şi sugestia posthipnotică că se va putea relaxa atunci când doreşte, iar inconştientul ei va avea grijă de trupul ei ori de câte ori va fi nevoie.

Studiile clinice au demonstrat, de asemenea, că aproximativ 10% dintre pacienţi pot suporta intervenţii chirurgicale utilizându-se hipnoza ca unic anestezic.

Cu toate acestea, măsura în care hipnoza poate fi folosită ca unic anestezic în marea chirurgie reprezintă încă un subiect controversat.

Dacă utilizarea acesteia în calitate de unic anestezic ar putea fi anxiogenă pentru mulţi pacienţi, în schimb aplicarea ei pentru pregătirea intervenţiei chirurgicale este acceptată fără rezerve de către aceştia.

Sintetizând literatura de specialitate, Fisher (2002, p. 40) realizează o trecere în revistă a principalelor avantaje ale utilizării hipnozei în chirurgie:

1. Reducerea cantităţii de anestezice şi analgezice.
2. Reducerea (până la stopare) a hemoragiei.
3. Cicatrizare mai rapidă.
4. Revenirea mai rapidă a unor funcţii şi trebuinţe fiziologice: foame, sete, urinare, defecare.
5. Reducerea anxietăţii şi fricii preoperatorii.
6. Scurtarea duratei de convalescenţă.

Obiectivul aplicării hipnoterapiei în pregătirea preoperatorie îl constituie programarea în inconştientul pacientului a ideii că medicul chirurg nu-i este un duşman, ci aliat. Odată acceptată această sugestie, pacientul va colabora cu medicul său, în loc să lupte împotriva acestuia, corpul rămânând foarte relaxat în timpul intervenţiei.

De asemenea, prin intermediul autohipnozei, pacientul poate juca un rol activ în timpul intervenţiei chirurgicale.

Tehnici psihoterapeutice de combatere a durerii

Funcţiile durerii (Bellet, 2002)

1. Semnalizarea pericolului

Durerea îl avertizează pe pacient de faptul că este în pericol. În acest caz, trebuie să se ţină seama de semnificaţia acesteia, tratamentul durerii fiind secundar tratamentului cauzei care o generează. Prezenţa unei dureri persistente va fi în acest caz inutilă.

2. Semnificaţia personală pe care o conferă pacientul durerii

Pacientul poate atribui durerii o semnificaţie personală în funcţie de propriul sistem de valori, cum ar fi, de pildă, valoarea purificatoare sau de ispăşire a păcatelor.

Înainte de a aplica o tehnică hipnotică, terapeutul va trebui să culeagă informaţii cu privire la parametrii descriptivi ai durerii:

- intensitate;
- caracteristicile temporale ale durerii: permanentă, intermitentă, număr de crize, durata crizelor etc.;
- circumstanţele în care apare sau se agravează durerea;
- localizare;
- caracteristici obiective ale durerii;
- caracteristici subiective (reprezentările personale ale durerii: lovituri, înţepături, arsuri, şocuri electrice, durere în „cască“ etc.);
- modalităţi personale de reducere a durerii.

Wardle (1988), Melzack şi Wall (1965) subliniază faptul că evaluarea cognitivă a durerii reprezintă un proces de maximă importanţă în cadrul experienţei subiective a durerii, pe această supoziţie bazându-se şi programele cognitive de reducere a acesteia.

Modelul cognitivist porneşte de la ideea că durerea este însoţită de gânduri şi imagini distorsionate, care pot influenţa atât trăirea durerii, cât şi comportamentul subiectului.

Pearce (1984) prezintă o schemă a abordărilor psihologice ale durerii.

Turk şi Genest (1979) au realizat o sinteză a principalelor strategii cognitive utilizate în gestionarea aspectelor subiective ale durerii.

Hipnoza reprezintă o metodă eficientă, rapidă şi lipsită de efecte secundare pentru creşterea pragului de toleranţă la durere, mai ales la subiecţii cu nivel înalt de hipnotizabilitate.

Strategii	Sarcini trasate pacientului	Exemple
Lipsă de atenţie imaginativă	Imaginarea unor scene incompatibile cu experienţa durerii	Subiectul îşi imaginează că stă întins pe plajă.
Transformare imaginativă	Modificarea senzaţiei de durere astfel încât să fie mai puţin stresantă	Durerea este transformată în mâncărime, amorţeală, căldură, senzaţie de rece.
Modificarea contextului	Subiectul îşi imaginează că senzaţiile respective se produc într-un context ceva mai puţin anxiogen.	Subiectul îşi imaginează că face un om de zăpadă, folosindu-se de mâna care îl doare.
Comutarea atenţiei a) Internă b) Externă	Subiectul se concentrează asupra altor gânduri. Subiectul se concentrează asupra unui eveniment exterior.	Numără petele de pe plafon. Se concentrează asupra unui obiect.
Somatizare	Concentrare asupra senzaţiei într-un mod detaşat.	Scrie un raport cu privire la starea prin care trece.

(Turk şi Genest, 1979, prelucrat de Pearce, 1984)

Hipnoza poate să dea rezultate în cazul eşuării altor metode de combatere a durerii şi nu prezintă nici o contraindicaţie. Mai mult, această metodă poate ajuta subiectul să evite o intervenţie chirurgicală, care nu este absolut necesară, precum şi abuzul de medicamente analgezice.

În acelaşi timp, hipnoza are costuri relativ scăzute, ea contribuind la creşterea sentimentului de autocontrol şi de dominare a disconfortului de către subiect.

Hipnoza facilitează şi rezolvarea unor probleme emoţionale legate de durere cum ar fi, de pildă, sensul psihologic ascuns pe care îl poate avea o durere cronică.

Pragul de toleranţă la durere este determinat de factori fiziologici, în timp ce toleranţa la durere ţine în mare măsură de variabile psihologice şi culturale.

Hipnoza poate mări pragul de toleranţă la durere prin intermediul unor tehnici cum ar fi hipnoanalgezia, hipnoanestezia, substituţia de simptom, deplasarea, disocierea, sugestiile directe şi indirecte de reducere a durerii, distorsionarea timpului, reinterpretarea experienţelor dureroase, distragerea, intervenţia paradoxală, autohipnoza şi regresia de vârstă (Rossi, 1980).

Toleranţa la durere poate fi, la rândul său, crescută prin intermediul tehnicilor hipnotice de reducere a anxietăţii, prin întărirea ego-ului, diminuarea expectaţiilor legate de durere şi sugerarea amneziei referitoare la episoadele dureroase trăite de subiect.

Aceste metode sunt utile mai ales datorită faptului că ele intervin în ciclul durere-tensiune-durere.

Aplicarea hipnozei în cazul durerilor acute sau cronice a suferit o serie de fluctuaţii de-a lungul timpului. În timp ce Esdaile utiliza hipnoza pentru anestezie în cazul intervenţiilor chirurgicale, apariţia psihanalizei a deschis perspectiva folosirii unor metode hipnoanalitice pentru dezvăluirea unor conflicte ascunse care pot sta la baza durerilor cronice. Încă din anii '70, hipnoza a început să fie tot mai mult utilizată şi pentru combaterea durerilor acute cu cauze fiziologice bine cunoscute.

Strategia folosită în cazul durerilor acute implică reducerea anxietăţii care însoţeşte durerea şi utilizarea unor tehnici sugestive pentru creşterea pragului de toleranţă la durere.

Subiecţii învaţă şi o tehnică de autohipnoză pentru a face faţă durerii care ar putea apărea în viitor. Deşi mult mai complexe, durerile cronice pot beneficia de aportul hipnozei prin intermediul următoarelor strategii (Hart, 1993, p. 94):

1. Descoperirea, prin tehnici hipnoanalitice, a semnificaţiei pe care o are durerea pentru pacient.
2. Furnizarea unor exemple de analgezie astfel încât subiectul să se convingă de faptul că aceasta constituie o realitate.
3. Învăţarea autohipnozei.
4. Utilizarea unor programe de terapie cognitiv-comportamentală.

Tehnici hipnotice de control al durerii (Hart, 1993, p. 95)

Hipnoza poate fi utilizată în reducerea durerii numai după ce a fost efectuat un control medical şi s-a stabilit că nu este posibilă mascarea vreunui proces patologic al cărui semnal este durerea (Gibson, 1989).

În cazul durerilor acute, cauza acestora este evidentă (de pildă, o procedură medicală dureroasă), în timp ce în cazul durerilor cronice este absolut necesară realizarea unei investigaţii suplimentare.

Hipnoza se va aplica pentru reducerea durerii produse de anumite proceduri medicale atunci când pacientul trebuie să rămână treaz în timpul inter-

venției, când anestezicele sunt contraindicate sau atunci când procedurile tradiționale au dat greș.

Acest lucru este însă valabil doar pentru subiecții cu hipnotizabilitate ridicată.

În cazul celor cu hipnotizabilitate mai redusă, sugestiile hipnotice pot fi utilizate pentru reducerea durerii și mai puțin pentru anularea ei.

Deoarece hipnoza nu reprezintă un panaceu universal, atât terapeutul, cât și pacientul trebuie să aibă expectații realiste în legătură cu ceea ce se poate obține în urma utilizării tehnicii respective.

Hipnoza creează contextul adecvat în cadrul căruia terapeutul va aplica propriile sale metode de tratament și din acest motiv nu este indicată folosirea hipnozei dincolo de limita competenței sale profesionale.

Prezentăm în cele ce urmează principalele tehnici hipnotice utilizate în combaterea durerii (Hilgard, 1980; Barber, 1986):

1. Sugestiile directe

Aceste sugestii se referă la reducerea durerii și eventual la dispariția ei treptată, de regulă nu completă.

Frecvent se utilizează metafore prin intermediul cărora subiectul își reprezintă durerea și apoi își imaginează că aceasta își schimbă culoarea, se reduce ca volum, se răcește, se topește etc.

2. Anestezia

Se administrează sugestii care fac ca o zonă a corpului să devină insensibilă și apoi anestezia se transferă în zona dureroasă.

Frecvent se utilizează „anestezia în mănușă".

Terapeutul va sugera faptul că mâna subiectului devine insensibilă prin intermediul unor formule verbale, însoțite de imagini menite să inducă senzația de rece în zona respectivă. Apoi, pacientului i se cere să pună mâna în zona dureroasă și să permită transferarea anesteziei. Trebuie subliniat faptul că este mai ușor să se sugereze anestezia în zonele neafectate decât în cele dureroase.

Anestezia poate fi realizată și prin intermediul unor sugestii directe („atunci când îți ating mâna dreaptă, aceasta va amorți, va deveni tot mai insensibilă, amorțită, fără senzații etc.) sau indirecte („mă întreb dacă îți amintești de senzația pe care ai avut-o atunci când ți-am cufundat mâna în zăpadă? Ar fi interesant de știut care dintre mâinile tale, dreapta sau stânga, va amorți mai întâi?" etc.)

3. Deplasarea

Deplasarea implică sugerarea faptului că durerea se mută dintr-o zonă în alta a corpului, și acest lucru o face să fie mai tolerabilă pentru subiect, mai puțin anxiogenă și eventual i se pot modifica mai ușor caracteristicile (intensitate, durată etc.).

Este cunoscut faptul că o durere la nivelul extremităților este mai puțin anxiogenă decât o durere în zona abdominală (Karle și Boys, 1987).

Rezultate pozitive se obțin și dacă sugestiile de deplasare a durerii se bazează pe utilizarea umorului. De pildă, durerea poate fi deplasată la nivelul unui deget sau în lobul urechii.

Barber (1986) prezintă un model de sugestii permisive pentru deplasarea durerii.

„Poate că ai observat deja că durerea ta începe să se miște, la început ușor, luând o traiectorie în spirală. Pe măsură ce te concentrezi asupra acestei mișcări, observi că durerea ta s-a deplasat, a ieșit din zona abdominală și s-a instalat în mâna ta stângă".

4. Disocierea

Se administrează sugestii de separare totală a subiectului de durerea sa.

Această tehnică este utilă mai ales pentru pacienții imobilizați sau pentru cei care suferă de dureri severe și multiple.

Pacientului i se sugerează că se deplasează într-un alt loc, că își părăsește corpul, lăsând în urmă suferința și că se îndeletnicește cu ceva agreabil.

Sugestiile de disociere pot îmbrăca următoarea formă:

„În timp ce o parte din tine stă în acest fotoliu, cealaltă parte a persoanei tale părăsește corpul și pleacă într-o călătorie plăcută. Te relaxezi tot mai mult, în timp ce acea parte din tine a pornit în călătorie...

Descrie-mi acum ce vezi în jurul tău.

Mai târziu, în timpul zilei, când vei dori să te simți mai bine, vei închide ochii și îți vei imagina că pleci în călătoria ta plăcută de nuntă, în locul acela minunat despre care mi-ai povestit."

5. Substituția

Constă în transformarea unei senzații dureroase într-o senzație mai acceptabilă și mai puțin anxiogenă. Durerea poate fi transformată în mâncărime, presiune, căldură etc.

Se obțin rezultate mai bune dacă senzația nouă cu care a fost substituită durerea nu este total agreabilă, ceea ce nu ar fi plauzibil pentru pacient.

De îndată ce s-a obținut substituția, subiectul s-a convins că schimbarea este posibilă și în ceea ce privește celelalte aspecte legate de durere.

Barber (1986) subliniază faptul că mai ales bolnavii de cancer au nevoie să trăiască anumite senzații reziduale pentru a se asigura că ei, împreună cu echipa medicală, vor sesiza orice modificare și vor acționa la timp.

Hart (1993, p. 97) a obținut în mod spontan o substituție de simptom pornind de la sugestia anesteziei degetului la o pacientă de 36 de ani care suferea de dureri severe, de etiologie organică, în zona gâtului.

Instructajul administrat a fost următorul:

„În timp ce plasezi cele două degete anesteziate în zona din spatele gâtului, vei observa cum senzația de amorțeală înlocuiește disconfortul pe care îl simți în acea zonă. Atunci când amorțeala din degetele tale s-a mutat în zona gâtului și a înlocuit durerea, vei constata că degetele tale revin la normal, iar gâtul tău este insensibil și se simte confortabil".

La următoarea ședință, pacienta a relatat faptul că a avut senzația ciudată că degetele apasă zona din spatele gâtului, dar că durerea a dispărut.

Terapeutul i-a explicat că mentalul ei inconștient a utilizat în folosul său sugestiile primite, chiar dacă nu au fost administrate în mod explicit sugestii care să înlocuiască durerea cu presiunea.

6. Metaforele terapeutice

Rezultate foarte bune în combaterea durerii se obțin prin utilizarea unor metafore cu conținut neurofiziologic. Astfel, se pot administra subiectului aflat în hipnoză sugestii care să-l determine să-și imagineze un centru de control al durerii situat la nivelul creierului sau în zona dureroasă. Centrul respectiv este prevăzut cu un comutator care poate bloca impulsurile nervoase ce transmit mesajul de durere. Pacientul trebuie să-și imagineze că oprește comutatorul respectiv și durerea dispare, pentru că mesajele senzoriale ale acesteia sunt blocate.

Hilgard (1980) subliniază faptul că această tehnică este utilă atât la adulți, cât și la copii.

7. Distorsionarea timpului

Tehnica se bazează pe percepția subiectivă a timpului în cadrul căreia unele evenimente sunt percepute ca având o durată mai lungă, altele una mai scurtă.

După ce pacientul a fost hipnotizat, terapeutul va sugera că atunci când va apărea durerea timpul se va scurge mai repede, în vreme ce intervalele dintre episoadele dureroase vor fi tot mai lungi.

8. Autohipnoza

După ce a parcurs mai multe ședințe de heterohipnoză, terapeutul îl va învăța pe pacient autohipnoza, pentru a avea la dispoziție o metodă personală de

autoreglare, în cazul în care va apărea senzația de durere. Barber (1966) stabilește patru criterii care trebuie avute în vedere în alegerea hipnozei ca metodă de tratament al durerii:

1. Hipnoterapia nu-i va face rău clientului.

Anumiți pacienți non-complianți la tratamentul medicamentos sau cu tulburări psihopatologice de personalitate pot utiliza hipnoza pentru a ignora semnalele pe care le furnizează durerea, lăsând maladia să progreseze.

2. Clientul poate tolera un anumit nivel de intimitate psihologică pe care îl presupune hipnoza.

3. În cazul în care reducerea durerii va conduce la pierderi (pierderea unor avantaje materiale, a stabilității familiale sau altele), hipnoza va fi contraindicată.

4. Hipnoza nu va fi utilizată în cazul pacienților care refuză să continue tratamentul prin intermediul autohipnozei.

Înainte de începerea tratamentului, psihoterapeutul trebuie să se informeze în detaliu cu privire la natura și tipul de durere pe care îl simte clientul său. Aceste informații vor fi utilizate în calitate de material brut pentru procesarea hipnoterapeutică.

Aplicații clinice

• *Hipnoza în cancer*

Hipnoterapia a fost utilizată pentru a combate atât procesul patologic ca atare, cât și efectele secundare negative ale chimioterapiei (Gravitz, 1982, Walker, 1988). Simonton ș.a. (1986) descriu o tehnică terapeutică ce implică formarea unor atitudini pozitive față de boală, relaxare, imaginație dirijată, stabilirea unor scopuri, managementul durerii, exerciții fizice și stabilirea unui sistem de suport emoțional pentru pacienții cu cancer.

Această abordare, care presupune și aplicarea hipnozei, pornește de la constatarea că reacția emoțională negativă la stres joacă un rol important în slăbirea sistemului imunitar, fapt ce poate sta la baza apariției anumitor forme de cancer.

Deosebit de utile sunt tehnicile de vizualizare (imaginație dirijată) în cadrul cărora pacientului aflat în stare de hipnoză i se cere să acționeze mental pentru a modifica, în sens pozitiv, anumite procese fiziopatologice.

De asemenea, li se sugerează pacienților reducerea durerii (nu dispariția ei totală, deoarece aceasta are valoare de semnal pentru ceea ce se petrece în

organism), precum şi o stare de bine psihofiziologic. Newton (1982) a constatat faptul că unii pacienţi care practică hipnoza au reuşit să-şi modifice semnificativ în sens pozitiv evoluţia bolii.

Kraft (1990) se referă la utilizarea hipnozei şi în cazul pacienţilor cu cancer terminal, pentru alinarea suferinţelor fizice şi emoţionale ale acestora.

Autohipnoza se foloseşte şi ea în cazul pacienţilor canceroşi, deoarece aceasta îi ajută să-şi recapete autocontrolul şi să se elibereze de sentimentul de neajutorare care îi stăpâneşte.

Referindu-se tot la pacienţii cu cancer terminal, Kraft (1990) sublinia faptul că disocierea reprezintă o tehnică foarte utilă pentru obţinerea analgeziei, dar că, în cazul acestor pacienţi, demersul terapeutic trebuie orientat şi spre exprimarea unor sentimente complexe ce ţin de anumite lucruri neterminate, legate de copilărie, viaţa profesională şi familia actuală.

• ***Durerile de cap***

Sugestiile hipnotice de relaxare şi care vizează modificări senzoriale se utilizează în terapia durerilor de cap de tip tensional, precum şi în cazul migrenei.

Alladin (1988) susţine că sugestiile de încălzire a mâinilor sunt tot atât de eficiente ca sugestiile de relaxare în tratamentul migrenelor.

Parker (cit. Heap şi Dryden, 1993, p. 98) descrie opt trepte ale terapiei migrenelor şi cefaleei tensionale pe o scală gradată de la 0 la 10.

Protocolul de terapie este următorul:

• *Şedinţa 1*

Discutarea cu pacientul despre hipnoză, explicarea miturilor legate de aceasta, precum şi a modului în care ea poate fi utilizată.

• *Şedinţa 2*

Clarificarea tuturor întrebărilor şi îngrijorărilor care au putut să apară în urma discuţiilor din prima şedinţă.

Aplicarea scalei clinice de hipnotizabilitate Stanford pentru adulţi, în vederea testării nivelului de hipnotizabilitate.

• *Şedinţele 3-6*

Se pot realiza mai multe şedinţe de hipnoză, dacă este cazul. Hipnoza este utilizată pentru controlul durerii. Pacientul începe să înveţe autohipnoza începând cu şedinţa a patra.

Programul de terapie este următorul:

1. Inducţie hipnotică prin numărare de la 1 la 10.
2. Relaxare cu sugestii de bunăstare fizică şi psihică.
3. Adâncirea transei, prin intermediul unor tehnici diverse: numărare şi concentrare asupra respiraţiei, imaginarea faptului că subiectul coboară nişte scări etc.
4. Aplicarea unor tehnici de management al durerii: disociere, analgezie, blocarea unor impulsuri senzoriale etc.
5. Întărirea ego-ului (după Hartland, 1971).
6. Învăţarea autohipnozei.
7. Administrarea unor sugestii posthipnotice.
8. Dehipnotizarea.

• ***Hipnoterapia în arsuri***

Wallace (1982) subliniază faptul că, după şocul iniţial produs de accident, durerile pacienţilor cu arsuri sunt provocate atât de leziunile pielii şi terminaţiilor nervoase, cât şi de procedurile medicale traumatizante.

Autorul a aplicat hipnoza la această categorie de pacienţi în vederea comutării atenţiei de la senzaţiile dureroase, precum şi pentru construirea unor strategii de supravieţuire şi de a face faţă disconfortului.

În cadrul terapiei propuse de acest autor, autohipnoza ocupă un loc deosebit de important.

• ***Hipnoterapia în traumatisme ale coloanei vertebrale***

Alden (cit. Heap şi Dryden, 1993, p. 100) a utilizat hipnoza pentru durerile acute şi cronice produse în urma unor traumatisme ale coloanei vertebrale.

Autoarea îşi consideră abordarea terapeutică centrată pe client, accentul căzând pe descrierea problemei de către fiecare pacient în parte, precum şi pe structura personalităţii, sistemul de credinţe şi comportamentul acestora.

Hipnoza a fost utilizată pentru managementul durerilor acute produse de anumite proceduri medicale, precum şi pentru reducerea durerilor postoperatorii.

Spre exemplificare, prezentăm un caz descris de autoare. Un bărbat de 50 de ani, cu un traumatism al coloanei vertebrale C 6/7, prezenta dificultăţi în realizarea exerciţiilor de fizioterapie. Ca urmare a traumatismului, bicepşii săi funcţionau relativ bine, în schimb tricepşii erau blocaţi. Drept rezultat, braţul său rămânea permanent într-o poziţie flectată. În ciuda eforturilor depuse de către fizioterapeut, pacientul a dezvoltat contracturi la nivelul umărului, el considerând toate încercările de a-i îndrepta braţul imposibil de tolerat. Pacientul refuza, de asemenea, utilizarea unor atele menite să-i îndrepte braţul în timpul nopţii.

Evaluarea psihologică a indicat faptul că pacientul era puternic motivat în rezolvarea problemei sale şi, în acelaşi timp, avea mare încredere în utilizarea terapeutică a hipnozei.

Pacientul a fost hipnotizat şi a afirmat faptul că a trăit o experienţă agreabilă.

Hipnoterapeutul i-a sugerat în stare de hipnoză că dispune de un buton în zona pieptului, buton cu ajutorul căruia poate bloca toate senzaţiile dureroase.

În final, pacientul respectiv a fost capabil să suporte intervenţiile fizioterapeutice.

Pacientul a fost iniţiat şi în tehnica autohipnozei, care l-a ajutat să se simtă mai relaxat şi să tolereze intervenţiile medicale. În finalul terapiei, pacientul a reuşit să-şi îndrepte braţul.

• ***Hipnoterapia în cazul procedurilor medicale dureroase şi în chirurgie***

Hipnoza poate fi utilizată cu succes şi pentru atenuarea durerii specifice unor proceduri medicale dureroase, incluzând şi intervenţiile chirurgicale.

Waxman (1989) realizează o trecere în revistă a avantajelor şi dezavantajelor utilizării hipnozei în chirurgie.

Printre avantaje, autorul menţionează reducerea anxietăţii preoperatorii, absenţa unor efecte secundare produse de utilizarea anestezicelor, reducerea şocului operator, controlul durerilor postoperatorii, al disconfortului şi senzaţiei de greaţă, precum şi faptul că hipnoza nu interferă cu reflexul de tuse.

Dezavantajele hipnozei constau, mai ales, în faptul că hipnoza necesită prea mult timp şi reprezintă o metodă tenapeutică dificil de aplicat în anumite cazuri.

De asemenea, pentru marea chirurgie este necesar să se obţină un nivel de transă profundă, majoritatea subiecţilor nefiind capabili să atingă un nivel suficient de profunzime a hipnozei.

Mai mult, pentru a realiza un nivel satisfăcător de anestezie, este necesar un antrenament prealabil al subiectului.

Cu toate acestea, Waxman (1989) consideră că utilizarea hipnozei este utilă pentru depăşirea anxietăţii preoperatorii, precum şi în mica chirurgie.

• ***Hipnoterapia în obstetrică***

Toate metodele non-farmacolagice utilizate în timpul gravidităţii şi naşterii au drept obiectiv reducerea anxietăţii, durerii şi disconfortului.

Pe baza a numeroase studii clinice, Waxman (1989) a întocmit o listă a avantajelor utilizării hipnozei în obstetrică:

1. Realizarea unei relaxări fizice şi psihice.
2. Nu produce o blocare a respiraţiei sau circulaţiei sanguine între mamă şi făt.
3. Scurtarea primei etape a travaliului.
4. Creşterea rezistenţei la şocul obstetrical.
5. Nu interferă cu mecanismele normale ale travaliului.

6. În fazele iniţiale şi intermediare, reduce durerea prin scăderea anxietăţii şi supraîncordării.
7. În etapele mai avansate, produce analgezie şi anestezie parţială sau totală, prin intermediul sugestiilor directe.
8. Amplifică controlul asupra ritmului expulzării capului şi umerilor copilului.
9. Asigură o refacere postoperatorie uşoară şi lipsită de evenimente.
10. Stimulează lactaţia şi facilitează, prin intermediul sugestiilor directe, alimentarea copilului la sân.

• ***Hipnoterapia şi naşterea fără dureri***

Hunter (1988) recomandă pacientei următorul instructaj:

„De multe săptămâni vă pregătiţi pentru naşterea copilului dumneavoastră. Acum a sosit momentul ca el să vină pe lume. Probabil, procesul de dilatare a început, iar contracţiile devin mai frecvente şi durează mai mult. Este o perioadă când trebuie să vă bucuraţi şi, din această bucurie, veţi extrage energia necesară pentru procesul naşterii.

A avea un copil este o experienţă minunată. Pentru a-l aduce pe lume e nevoie de un mare consum de energie.

Vă amintiţi din cursul şedinţelor trecute de hipnoză că procesul naşterii are loc în trei faze:

În prima fază se produce dilatarea zonei cervicale.

Când înţelegeţi modul în care se produc contracţiile, veţi fi capabilă să vă adaptaţi mai bine organismul acestui proces.

Amintiţi-vă faptul că organismul dumneavoastră ştie exact ce are de făcut în cursul acestui proces fascinant de aducere pe lume a unei fiinţe; stă în puterea dumneavoastră ca acest proces să se desfăşoare mai eficient, dacă vă veţi detaşa de fiecare dată când se produce o contracţie, astfel încât organismul să-şi facă singur treaba (combaterea durerii prin mecanisme disociative).

Începutul fiecărei contracţii trebuie să devină pentru dumneavoastră semnalul de declanşare a procesului de detaşare. Corpul şi subconştientul dumneavoastră vor recunoaşte acest semnal înainte de conştientizarea lui.

Pentru a fixa acest mecanism, voi pune mâna pe abdomenul dumneavoastră spre a simboliza producerea contracţiei.

Când simţiţi că fac acest lucru detaşaţi-vă, imaginaţi-vă că mergeţi tot mai departe. Atunci când mâna mea se ridică, reveniţi în corpul dumneavoastră.

Puteţi să intraţi în hipnoză o dată cu fiecare contracţie şi să reveniţi din hipnoză în perioada dintre contracţii sau puteţi decide să rămâneţi permanent în stare de hipnoză şi s-o adânciţi cu fiecare contracţie.

Utilizaţi începutul fiecărei contracţii ca semnal pentru a intra în hipnoză sau pentru a adânci hipnoza şi pentru a vă distanţa de ceea ce se petrece, lăsând corpul să-şi facă datoria. Este ca şi cum v-aţi privi din afară, fiind foarte interesată de ceea ce se petrece în corpul dumneavoastră: zona cervicală se deschide tot mai mult, contracţiile devenind tot mai puternice.

Uterul prezintă o musculatură foarte puternică şi corpul dumneavoastră are nevoie de această forţă. Uterul lucrează din greu în procesul naşterii. Lăsaţi această energie să vă ajute să avansaţi în procesul naşterii şi reacţionaţi din ce în ce mai eficient.

La toate femeile care se află la prima naştere, zona cervicală se deschide cu un centimetru pe oră. Desigur, fiecare organism reacţionează altfel, fiecare făt este diferit şi fiecare travaliu este destinat să fie potrivit unor împrejurări specifice, dar, în general, la primipare zona cervicală se deschide cu un centimetru pe oră. Ea va fi complet deschisă când se va ajunge la 10 cm. Acum, uterul va acţiona pentru a împinge fătul să iasă la lumină. Acum aveţi nevoie de o energie suplimentară, energie ce izvorăşte din bucuria dumneavoastră de a da naştere unei fiinţe omeneşti. Corpul dumneavoastră îşi îndeplineşte misiunea din ce în ce mai bine atunci când sunteţi detaşată şi vă situaţi undeva în afara corpului.

Concentraţi-vă atenţia şi plasaţi-vă în afara corpului la fiecare contracţie până când v-aţi dilatat complet. Medicul sau asistenta medicală vă va spune când v-aţi dilatat la maximum. Vă aflaţi acum în stadiul al doilea. Acum, fiecare contracţie are drept scop să împingă copilul pe canal până când va fi expulzat. Acum veţi avea o altă misiune. Acum, de fiecare dată când simţiţi că începe o contracţie, intraţi în propriul corp şi participaţi la procesul de împingere. Recurgeţi la toată forţa şi energia de care dispuneţi pentru a ajuta contracţia, bucuraţi-vă că sunteţi o parte a acestei forţe care împinge fătul la lumină. Intraţi în corp şi fiţi o parte a forţei de împingere.

Apoi, după încheierea fiecărei contracţii, relaxaţi-vă. Acumulaţi forţă şi energie în timp ce vă pregătiţi pentru o nouă contracţie. Aveţi toată forţa şi energia necesară. În perioada dintre contracţii odihniţi-vă şi refaceţi-vă forţele şi atunci când se declanşează semnalul (începe contracţia) reintraţi în corp şi adăugaţi forţă şi energie noii contracţii.

Acum, copilul a coborât tot mai mult şi este gata să se nască. Ascultaţi cu atenţie ce vă spune medicul sau sora medicală, dar ascultaţi, în acelaşi timp, glasul conştientului şi subconştientului dumneavoastră. Toate aceste informaţii vă vor fi utile în finalizarea travaliului.

Iată, iese capul copilului. Nu mai împingeţi acum; lăsaţi capul copilului să iasă încet la lumină. Faceţi apel la tehnica respiratorie. Inspiraţi lent şi calm spre sfârşitul contracţiei.

Poate priviţi într-o oglindă şi, dacă lucrurile stau aşa, puteţi vedea capul copilului. Asistenta medicală şterge faţa copilului. Acum realizaţi o nouă contracţie în care depuneţi toată energia, pentru ca umerii şi trupul copilului să iasă la lumină. Iată, copilul dumneavoastră s-a născut. Luaţi în braţe copilul, atingeţi-l, priviţi-l, simţiţi-l, auziţi-l. Recurgeţi la toate simţurile pentru a face cunoştinţă cu copilul dumneavoastră care a sosit pe lume. Şi copilul va face cunoştinţă cu dumneavoastră pentru că şi el poate simţi, auzi, atinge, mirosi şi poate chiar distinge lumini şi umbre. Copilul simte răcoarea camerei, luminile, sunetele, dar mai mult decât orice, vocea dumneavoastră, atingerea dumneavoastră.

În câteva minute, medicul sau asistenta vă va cere să împingeţi din nou, să realizaţi o nouă contracţie, pentru că a sosit timpul celei de-a treia faze. Acum va ieşi placenta. Sunteţi atât de bucuroasă de naşterea copilului dumneavoastră încât abia vă mai daţi seama de ceea ce se întâmplă, dar împingeţi uşor şi simţiţi cum placenta iese fără efort din corp.

Medicul suturează (coase) părţile rupte ale vaginului dumneavoastră. Ştiţi că totul se va vindeca foarte repede pentru că sunteţi sănătoasă. Uterul se va contracta şi va reveni la dimensiunile sale normale.

Sânii dumneavoastră sunt capabili să producă lapte chiar în primele momente după naştere. Lăsaţi copilul să sugă la sân, pentru că alimentaţia naturală este foarte utilă şi îi oferă copilului mecanisme de apărare împotriva unor posibile îmbolnăviri. Totul s-a petrecut exact aşa cum a trebuit să se petreacă atât pentru dumneavoastră, cât şi pentru mica fiinţă care tocmai a venit pe lume."

XI. Hipnoterapia şi anxietatea

Hipnoza în tratamentul tulburărilor posttraumatice de stres

Spiegel (1993) menţionează faptul că hipnoza a fost utilizată în terapia persoanelor traumatizate încă în urmă cu 150 de ani.

Primele încercări de aplicare a hipnozei în astfel de situaţii au avut drept obiectiv anestezia pentru intervenţiile chirurgicale traumatizante încă înainte de descoperirea anestezicelor.

Mai târziu, Freud a utilizat, la începutul carierei sale, hipnoza în tratamentul reacţiilor isterice datorate psihotraumelor din copilărie.

În timpul celui de-al doilea război mondial, hipnoza a fost folosită cu succes în tratamentul „nevrozelor de război".

În ultimii ani, tulburarea posttraumatică de stres a fost acceptată ca diagnostic psihiatric şi, din acest moment, a crescut interesul specialiştilor pentru hipnoză ca modalitate eficientă de terapie a acesteia.

Trauma implică producerea unei discontinuităţi bruşte în experienţa fizică a subiectului, fapt ce determină, la rândul său, o discontinuitate în experienţele psihologice (Spiegel, 1993).

În astfel de situaţii se produc experienţe cu caracter disociativ care, cel puţin pentru moment, au un caracter adaptativ, deoarece eliberează subiectul de durere.

Acelaşi autor citează cazul unui tânăr grav accidentat de către un motociclist beat şi aflat în pericol să-şi piardă ambele picioare. În vreme ce tânărul zăcea pe carosabil, prietenii îl implorau să facă un efort pentru a putea fi

deplasat de pe şosea; între timp, acesta îşi amintea de o excursie la pescuit făcută împreună cu tatăl său şi nu simţea nici o durere.

Aceste mecanisme disociative protejează persoana de durere şi de spaimă care ar putea s-o copleşească.

În acelaşi timp, disocierea îl ajută pe individ să se distanţeze de amintirile traumatizante care rămân pentru mult timp în afara conştiinţei.

Este cunoscut faptul că mulţi sportivi de înaltă performanţă, accidentaţi sever în timpul unui meci sau al unei competiţii, îşi dau seama de acest lucru abia după terminarea întrecerii.

Spiegel (1993) este de părere că trauma poate fi înţeleasă sub aspect psihologic ca fiind transformarea persoanei în cauză într-un fel de obiect, total lipsit de autocontrol, sentimentul de neajutorare reprezentând experienţa negativă de bază contra căreia luptă victimele traumatizate.

Mecanismele de apărare care presupun separarea subiectului de corpul său îi creează acestuia senzaţia că se distanţează de neajutorarea fizică şi că păstrează un control psihologic.

În mod paradoxal, la subiecţii care suferă de tulburare posttraumatică de stres, controlul psihic se pierde în momentul în care este recâştigat controlul asupra corpului fizic, pacienţii simţindu-se victimizaţi de amintirile intruzive ale evenimentului traumatic. Aceste amintiri, atunci când revin în conştiinţă, sunt atât de puternice încât subiectul are impresia că trauma se produce în prezent.

Amnezia reprezintă, în acest caz, semnalul că experienţa este prea îngrozitoare pentru a putea fi adusă în planul conştiinţei.

Hipnoza, care constituie o experienţă disociativă indusă în mod artificial, s-a dovedit eficientă în terapia tulburărilor posttraumatice de stres.

Există, aşadar, o serie de analogii între simptomele sindromului de stres posttraumatic şi particularităţile fenomenului hipnotic, cum ar fi:

- disocierea între corp şi psihic şi între eveniment şi starea afectivă care îl însoţeşte;
- fenomenul de focalizare a atenţiei asupra unui element, urmată de scăderea receptivităţii faţă de alţi stimuli din mediul înconjurător;
- accentuarea sugestibilităţii, fapt ce îi determină pe subiecţi să devină mai puţin critici şi mai receptivi la influenţele exercitate din exterior.

Principiul care stă la baza utilizării hipnozei în terapia pacienţilor traumatizaţi constă în inducerea unui acces controlat la amintirile traumatice, precum şi în ajutarea acestora să-şi controleze emoţiile şi reacţiile fiziologice puternice care însoţesc evocarea amintirilor respective.

Focalizarea atenţiei în timpul hipnozei poate fi aplicată pentru a-i ajuta pe pacienţi să depăşească reacţiile de doliu şi să-şi revizuiască amintirile dintr-o nouă perspectivă, în urma restructurării cognitive.

Psihoterapia în cazul sindromului posttraumatic poate fi înţeleasă ca reprezentând un fel de adaptare a demersului psihanalitic tradiţional pus la punct de către Freud (1914) şi care implică reamintire, retrăire şi procesare terapeutică pentru a depăşi impasul psihologic. Astfel, este necesar să fie readuse în memorie amintirile legate de experienţele traumatice. Apoi, acestea trebuie retrăite în plan mental cu toată încărcătura lor emoţională şi rearanjate ulterior într-o altă perspectivă care să le facă să pară mai puţin copleşitoare şi să producă mai puţine tulburări psihopatologice.

Pacienţii cu amintiri traumatice se simt degradaţi şi umiliţi trăind cu impresia că ego-ul lor şi-a pierdut integritatea; aceştia duc o existenţă artificială în cadrul căreia se mint pe ei înşişi că trauma nu a avut loc.

Obiectivul terapiei este redefinirea ego-ului care trebuie să accepte şi să recunoască realitatea traumei pe care însă trebuie s-o privească dintr-o altă perspectivă care nu-i afectează personalitatea în ansamblul ei.

Spiegel (1993) este de părere că cea mai bună metodă de a introduce hipnoza în cadrul terapiei constă în aplicarea unei scale standardizate de hipnotizabilitate, cum ar fi de pildă scala de hipnotizabilitate clinică Standford (E. R. Hilgard şi Hilgard, 1975) sau Profilul de inducţie hipnotică (H.Spiegel şi Spiegel, 1987).

Aplicarea acestor probe prezintă următoarele avantaje:

1. Terapeutul obţine informaţii asupra gradului de hipnotizabilitate a subiectului.

În felul acesta, pacientul poate căpăta o dovadă palpabilă a abilităţilor sale în domeniul hipnozei, şi acest lucru reprezintă un bun început al hipnoterapiei.

Terapeutul va afla, în acelaşi timp, şi dacă hipnoza nu poate fi aplicată.

Cercetările de laborator au demonstrat faptul că majoritatea persoanelor care suferă de tulburare posttraumatică de stres au un grad înalt de hipnotizabilitate.

2. Atmosfera „specifică testării" contribuie la formarea şi consolidarea alianţei terapeutice, pentru că în felul acesta terapeutul nu mai este persoana autoritară care hipnotizează subiectul, iar acesta din urmă nu mai trebuie să opună rezistenţă, ci este interesat doar de rezultatul testului şi nu de gradul de eficienţă a inducerii hipnozei.

Transa hipnotică este utilizată pentru a produce subiecţilor o stare de confort fizic şi psihic. Din acest motiv este necesar ca aceştia să fie iniţiaţi încă de la început în autohipnoză, pe care urmează s-o practice şi singuri.

Instructajul administrat este următorul:

„Orice hipnoză este, de fapt, o autohipnoză. Acum, după ce am demonstrat că aveţi o bună capacitate de a intra în hipnoză, vă voi învăţa s-o utilizaţi pentru a lucra asupra problemelor dumneavoastră. Există multe moduri de a intra în autohipnoză. Cel mai simplu este următorul:

Număraţi până la trei. Când pronunţaţi în gând cifra 1, faceţi un singur lucru – priviţi în sus. Când pronunţaţi cifra 2, faceţi două lucruri: închideţi încet ochii şi inspiraţi adânc. La cifra 3 veţi face trei lucruri: expiraţi liniştit, relaxaţi ochii, păstrându-i închişi şi imaginaţi-vă că plutiţi. Apoi lăsaţi unul din braţe să plutească în aer, ca şi cum ar fi purtat de un balon. Acesta va fi semnalul pentru dumneavoastră şi pentru mine că sunteţi gata să vă concentraţi" (H.Spiegel şi Spiegel, 1987; p.76).

Odată aflat în stare de autohipnoză, subiectul va fi învăţat să-şi producă o senzaţie de plutire, de zbor, imaginându-şi că se află undeva într-un loc plăcut (într-o barcă pe un lac, pe plajă, plutind pe un nor de puf etc.).

În felul acesta se obţine senzaţia de autocontrol asupra corpului, autocontrol foarte util atunci când sunt readuse în planul conştiinţei amintirile traumei suferite.

În continuare, se sugerează faptul că subiectul îşi menţine acest autocontrol, indiferent de imaginile sau gândurile care îi vin în minte.

Spiegel (1993) afirmă că există două modalităţi de accesare a amintirilor psihotraumatizante.

Prima metodă implică regresia de vârstă. Subiectului i se cere să se întoarcă în timp şi să retrăiască anumite perioade ale vieţii sale ca şi cum s-ar petrece în prezent. Acestuia i se spune că atunci când i se va administra un semnal (de pildă, o atingere a frunţii), ochii se vor deschide şi el va retrăi evenimentul ca şi cum ar fi real. La un alt semnal, ochii se vor închide din nou şi el va fi reorientat înapoi în prezent.

Cealaltă metodă constă în a sugera subiecţilor că privesc scena traumatică pe un ecran de film sau televizor şi că asistă în calitate de spectatori la derularea acesteia.

Este indicat ca pacientul să exerseze tehnica, evocând la început amintiri cu caracter mai neutru, pentru a obţine un bun autocontrol asupra procedeului aplicat şi abia după aceea să se treacă la lucrul asupra amintirilor psihotraumatizante.

Pe baza informaţiilor obţinute în cursul interviului clinic, terapeutul va alege o anumită secvenţă a episodului traumatic şi îi va cere subiectului aflat în hipnoză să-l retrăiască.

Se recomandă repetarea mentală a situaţiei traumatice în moduri diferite, modificând ceva din cele ce s-au petrecut atunci (de pildă, pacientul se vede pe sine luptând cu agresorul, rămânând liniştit ca să nu-l provoace şi mai mult etc.).

Autorul recomandă şi vizualizarea unui ecran dublu, care reproduce în partea dreaptă scena traumatică, iar în stânga subiectul se vede pe sine făcând eforturi de a se proteja psihic de ceea ce se întâmplă.

Acest mod de abordare îl ajută să vadă lucrurile dintr-o altă perspectivă, conştientizând eforturile depuse pentru autoprotecţie, cât şi neajutorarea sa în perioada respectivă. Acesta contribuie la diminuarea sentimentului de culpabilitate în legătură cu faptul că ar fi trebuit să fie capabil să controleze situaţia, sentiment pe care-l nutresc majoritatea victimelor ce au suferit traume.

La încheierea şedinţei de hipnoză, terapeutul va administra următoarea sugestie: „Îţi vei aminti atât cât doreşti să-ţi aminteşti din cele petrecute în timpul hipnozei".

Această sugestie are menirea de a nu provoca activarea mecanismelor de apărare ale pacientului care ar putea dori să uite cele întâmplate.

După ieşirea din hipnoză, se va discuta cu pacientul pe marginea amintirilor retrăite, terapeutul căutând să întărească noile semnificaţii pe care le-a desprins pacientul în urma procesării terapeutice.

Pacienţii care se bucură de o bună stare de sănătate psihică (nu sunt suicidari sau psihotici) şi care dispun de resurse suportive din exterior pot fi instruiţi să continue evocarea amintirilor psihotraumatizante şi independent, în timpul autohipnozei.

Strategiile hipnoterapiei la pacienţii care suferă de sindrom de stres posttraumatic (Spiegel, 1993, p. 500) (cei 8 „C" ai hipnoterapiei) sunt următoarele:

1. Confruntarea cu evenimentul traumatic

Are drept obiectiv ajutorarea pacienţilor să realizeze legătura dintre simptomatologia curentă şi experienţa traumatică din trecut.

2. Condensarea evenimentului traumatic

Nu este nici necesar, nici util să se lucreze asupra tuturor detaliilor specifice evenimentului traumatic, ci doar asupra unor momente-cheie, care îi ajută pe pacienţi să introducă evenimentul trăit într-o categorie precisă.

3. Confesiunea

Pacienţii vor simţi o uşurare dacă vor împărtăşi cuiva amintirile, experienţele şi sentimentele negative legate de cele întâmplate. Terapeutul va trebui să-l ajute pe client să realizeze distincţia între culpabilitatea nemotivată şi cea bazată pe fapte reale (de pildă, în cazul soldaţilor care au ucis sau au agresat civili).

4. Consolidarea

Terapeutul trebuie să fie empatic cu pacientul într-o manieră profesionistă, deoarece neutralitatea sau tăcerea vor fi interpretate de pacient ca un act de respingere.

O simplă remarcă de tipul „îmi pare rău că ţi s-a întâmplat aceasta" îl va face pe pacient să simtă că este acceptat de terapeut, chiar dacă ceea ce i s-a întâmplat i se părea inacceptabil din punctul de vedere al celorlalţi, dar şi al său personal.

5. Conştientizarea amintirilor reprimate sau disociate

Conştientizarea acestor amintiri permite examinarea, discutarea, reasamblarea şi transformarea lor.

Este utilă şi tehnica hipnotică a modificării amintirilor, acestea fiind retrăite în stare de hipnoză sub altă formă şi eventual chiar cu un alt final.

Materialul restructurat va putea fi reaşezat în zonele inconştiente ale psihismului.

6. Concentrarea atenţiei spre interior

Concentrarea spre interior permite examinarea amintirilor în detaliu şi apoi restructurarea acestora.

De regulă, victimele situaţiilor traumatice se tem de faptul că vor fi depăşite de valul amintirilor care îi vor copleşi.

Hipnoza reprezintă o modalitate rituală, în care amintirile pot fi examinate în mod controlat şi apoi „puse de-o parte", până la următoarea şedinţă de hipnoză.

7. Controlul

Deoarece problema-cheie a amintirilor traumatizante este sentimentul de neajutorare pe care îl simte pacientul în raport cu acestea, psihoterapia trebuie să-l înarmeze cu metode eficiente de control al amintirilor.

Autohipnoza este cea care conferă subiectului un puternic sentiment de autocontrol psihic.

Este important să fie spulberat mitul conform căruia hipnoza este o metodă pe care o aplică o persoană asupra altei persoane, această tehnică reprezentând, de fapt, o modalitate de colaborare prin intermediul căreia terapeutul îl ajută pe pacient să-şi utilizeze abilităţile hipnotice.

8. Congruenţa

Obiectivul hipnoterapiei este ajutarea pacienţilor să conştientizeze, să tolereze şi să lucreze asupra amintirilor psihotraumatizante, astfel încât acestea să poată fi integrate în cadrul imaginii de sine, fără a mai aduce prejudicii serioase conceptului de eu.

În cazul terapiei persoanelor traumatizate se mai pot utiliza şi alte metode hipnoterapeutice, cum ar fi abreacţia (catharsisul) sau retrăirea în stare de hipnoză a situaţiei psihotraumatizante, modificarea amintirilor în hipnoză (Kardiner şi Spiegel, 1947), precum şi utilizarea terapeutică a transferului pentru a modifica şi integra amintirile care îl fac pe subiect să se respingă (Brenda şi Benedict, 1980).

Toate aceste metode utilizează hipnoza pentru a accesa amintirile şi stările emoţionale puternice legate de situaţiile psihotraumatizante, pentru a le transforma în cursul relaţiei terapeutice şi pentru a le stoca din nou, într-o altă formă, care le face mai acceptabile atunci când sunt aduse în planul conştiinţei.

Prezentare de caz (Spiegel, 1993, p.502)

O femeie de 32 de ani a fost atacată de un infractor în timp ce se întorcea seara acasă de la cumpărături. Agresorul a târât-o pe scări în apartamentul ei probabil cu intenţia de a o viola. Femeia s-a luptat cu el din răsputeri şi a fost lovită la cap. Atacatorul a fugit, ea a izbutit să anunţe poliţia care, constatând că nu a fost violată, a efectuat o investigaţie sumară, apoi a plecat.

La scurt timp, pacienta a ajuns la spital ca urmare a unor convulsii, medicii constatând că prezintă o fractură la oasele craniene.

Între timp, agresorul dispăruse şi femeia nu-şi mai amintea cum arată.

Peste câteva luni pacienta a solicitat hipnoza pentru a-şi aminti figura agresorului.

Ea s-a dovedit moderat hipnotizabilă şi terapeutul i-a cerut să aplice în stare de hipnoză metoda ecranului mental, pe care să vizualizeze evenimentul traumatic.

Pentru prima oară pacienta a conştientizat, fiind în stare de hipnoză, prin ce pericol a trecut.

Iniţial, ea se culpabiliza pentru că s-a luptat cu agresorul şi, din acest motiv, a fost serios vătămată. Aflată în transă, ea a spus:

„El a fost surprins că mă lupt cu asemenea forţă; nu se aştepta la aşa ceva".

În continuare ea a spus: „nu cred că voia să mă violeze, mai degrabă avea de gând să mă ucidă".

„Dacă ar fi reuşit să mă ducă în apartament, probabil m-ar fi..."

Terapeutul i-a cerut să-şi reprezinte, în partea dreaptă a ecranului mental, eforturile pe care le-a depus pentru a se apăra şi efectele pe care le-au avut aceste încercări.

Pacienta a ieşit din hipnoză fără să reuşească să-şi reprezinte figura agresorului deoarece totul se desfăşurase în întuneric. În schimb, ea şi-a modificat atitudinea faţă de ceea ce se petrecuse, conştientizând faptul că lupta pe care a dus-o i-a salvat viaţa. În afară de faptul că a conştientizat pericolul extrem în care s-a aflat, pacienta şi-a dat seama şi de uriaşele sale disponibilităţi instinctive de autoprotecţie, în felul acesta amintirile traumei suferite devenind mai suportabile.

Hipnoterapia în tratamentul tulburărilor anxioase

Barnet (1985) arată că anxietatea este o teamă difuză, fără obiect bine precizat, adesea însoţită de acuze somatoforme: presiune toracică, tahicardie, transpiraţie, cefalee, tendinţa imperioasă de a urina.

Fobia reprezintă teama cu obiect bine precizat.

Autorii disting:

a) anxietatea situaţională (se apropie mai mult de fobie; frica de examene, anxietate precompetiţională etc.);

b) anxietate difuză, persistentă care este, de fapt, anxietate cronică.

Gelhorn (1965) consideră că această anxietate cronică se datorează acţiunii repetate a unor stimuli anxiogeni, care afectează sistemul nervos autonom, producând descărcări masive de adrenalină.

Stimulii care produc o astfel de anxietate se numesc stresori.

Pentru a stabili în ce măsură un eveniment este stresant, trebuie să avem în vedere: natura evenimentului, resursele adaptative de a-i face faţă şi gradul de adecvare a mecanismelor de apărare ale ego-ului.

Dacă aceste mecanisme adaptative sunt inadecvate, va apărea anxietatea, care îl va determina pe subiect să-şi mobilizeze resursele adaptative.

Aceşti stresori declanşează răspunsuri neuroendocrine mediate de hipotalamus şi glanda pituitară (epifiza) care, la rândul lor, prin intermediul hormonului adrenocorticotrop, stimulează activitatea glandelor suprarenale determinându-le să secrete adrenalină şi cortizon.

Aceşti hormoni produc efectele fizice şi emoţionale specifice anxietăţii şi stresului cronic.

Freud (1926) a considerat că anxietatea reprezintă rezultatul refulării impulsurilor instinctive. Mai târziu (1936), el a inversat relaţia dintre anxietate şi refulare, considerând că anxietatea este cauza refulării impulsurilor inacceptabile.

Horney (1937) susţine că anxietatea se datorează reprimării ostilităţii copilului, care nu-şi poate permite să exprime agresivitatea atâta timp cât este neajutorat şi izolat într-o lume duşmănoasă.

Rank (1952) este de părere că originea anxietăţii ar fi trauma suferită de copil la naştere, anxietatea de separare fiind prima experienţă afectivă a noului născut.

Sullivan (1953) consideră că anxietatea rezultă din teama copilului de dezaprobare din partea mamei.

Rado (1962) a arătat că starea psihică a mamei poate influenţa naşterea efectivă a fătului, astfel încât fricile şi sentimentul de culpabilitate ale mamei pot constitui cauze primare ale tuturor disfuncţiilor în sfera comportamentului copilului.

Reacţia la stres are trei componente:

a) stimulul;

b) evaluarea acestuia;

c) răspunsul emoţional şi fiziologic la acesta.

Reacţia la stresul cronic variază, printre altele, şi în funcţie de vârsta individului. Astfel, la copii apar mai mult tulburări în sfera conduitei, ca:

- onicofagie;
- enurezis;
- tulburări de comportament;
- suptul degetului.

La adolescenţi, anxietatea se manifestă prin:

- lipsa încrederii în sine;
- sentimentul inadecvării personale;
- timiditate;
- tendinţa de retragere;
- înclinaţia spre masturbare.

La adulţii tineri, anxietatea este asociată frecvent cu nivelurile de aspiraţie excesiv de înalte şi cu stabilirea unor scopuri imposibile. Eşecul este asociat cu scăderea autostimei, retragerea în sine şi susceptibilitate crescută la stresorii din mediu, care produc atât anxietate, cât şi reacţii de tip depresiv.

La vârstnici, anxietatea este frecvent asociată cu:

- nemulţumire şi supărare refulată;
- teama de a fi abandonaţi şi de a rămâne singuri, care îi impiedică să-şi exprime deschis nemulţumirile.

În anumite limite, anxietatea este un fenomen normal pentru că ea transmite ego-ului semnale că trebuie să declanşeze mecanismele de apărare.

Anxietatea cronică este un fenomen patologic pentru că ameninţarea este percepută doar la nivel inconştient. (Stimulul real anxiogen a dispărut demult, dar individul pare să nu fie conştient de acest lucru.) Astfel, subiectul crede că trebuie să-şi menţină nivelul subconştient de vigilenţă, ceea ce pe plan conştient se traduce în anxietate.

Laughlin (1967) este de părere că anxietatea constituie o sumă a tuturor problemelor psihologice ale individului, ea reprezentând expresia unui conflict persistent între tendinţele inconştiente şi solicitările pe care i le impune conştiinţa.

Conflictul este reprimat, acesta determinând, la rândul său, simptome emoţionale, ceea ce produce un cerc vicios.

Anxietatea este un simptom manifestat aproape în toate cazurile care se prezintă la psihoterapie:

- alcoolicii cronici au un nivel de anxietate mai ridicat decât cei care beau ocazional (Brown, 1980);
- fumătorii au un nivel mai ridicat de anxietate decât cel considerat normal (McCral, 1978).

Celucci (1978) a observat că există o strânsă interrelaţie între anxietate şi prezenţa unor vise terifiante sau a altor tulburări de somn.

Mai mult, Ishizvka (1979) a observat că un element comun, în cadrul cuplurilor care ajung la divorţ, îl constituie anxietatea prea ridicată, iar Kupfer (1977) a dovedit existenţa interrelaţiei dintre anxietate şi tulburări sexuale la ambele sexe.

Şi persoanele care au tendinţa de a se îmbolnăvi de boli somatice au anxietate crescută (inclusiv cancer, Labaw, 1977).

O particularitate interesantă sub aspect psihopatologic a anxietăţii cronice o constituie nivelul scăzut al autostimei pe care îl au subiecţii anxioşi.

Shahi (1978) a observat că subiecţii cu anxietate scăzută au, de regulă, o imagine de sine ridicată.

Pestonjce (1979) a constatat că pacienţii cu afecţiuni coronariene au un nivel de anxietate mai ridicat decât subiecţii din lotul martor.

Chiar şi incidenţa complicaţiilor postoperatorii este corelată cu anxietatea preoperatorie (Lange, 1978).

Procentul pacienţilor care se prezintă la psihoterapie pentru managementul anxietăţii este foarte ridicat şi adesea o solicitare de a învăţa o tehnică pentru a face faţă stresului ascunde o tulburare anxioasă generalizată. De asemenea, anxietatea poate fi şi un simptom secundar al unei depresii sau al unei psihoze.

O categorie aparte o reprezintă şi clienţii care suferă de tulburare posttraumatică de stres în cadrul căreia anxietatea poate fi simptom dominant.

Terapia anxietăţii constituie un demers complex în cadrul căruia trebuie combinată terapia cognitiv-comportamentală cu hipnoza, cu terapia de suport şi în unele cazuri chiar cu medicaţia psihiatrică.

Kirsch, Montgomery şi Sapirstein (1995) au demonstrat că hipnoza în combinaţie cu psihoterapia cognitiv-comportamentală are efecte superioare terapiei cognitiv-comportamentale clasice (fără hipnoză).

O caracteristică de bază a subiecţilor anxioşi este orientarea acestora spre viitor, ei imaginându-şi pericole posibile care s-ar putea produce şi care sunt trăite la nivelul unui proces de autohipnoză ca nişte halucinaţii pozitive cu conţinut terifiant.

Această particularitate trebuie utilizată de terapeut prin sugerarea progresiei de vârstă în care va proiecta un viitor lipsit de simptome şi va anula halucinaţiile pe care şi le induce singur subiectul înlocuindu-le cu predicţii favorabile.

Supraîncordarea, tensiunea şi graba subiecţilor anxioşi pot fi combătute prin comentarea metaforică a comportamentului lor cotidian. Terapeutul va sublinia contrastul dintre „accelerare“ şi „încetinire“ în timpul conducerii unui autoturism.

Înainte de a prezenta această povestire metaforică, terapeutul va consemna în detaliu modul în care se comportă clientul său: sare din pat, se spală în grabă, „dă pe gât“ cafeaua, aruncă hainele pe el etc. Aceste elemente vor fi utilizate în timpul transei, ca în exemplul de mai jos:

„Mariana, în timp ce te relaxezi, te relaxezi tot mai mult ... retrăieşti în mintea ta ceea ce faci dimineaţa când te pregăteşti să pleci la serviciu ... când arunci hainele pe tine şi sorbi cafeaua dintr-o singură înghiţitură ... Şi poate ai dori să trăieşti în mod diferit ... să te ridici încet din pat ... să te întinzi ... să faci câteva mişcări lente ale corpului ... braţelor ... picioarelor ... câteva aplecări ale trunchiului ... apoi să te duci la baie ... şi să savurezi un duş plăcut ... pentru că te-ai sculat devreme şi ai mult timp la dispoziţie ... şi poţi face totul încet ... cu atenţie ...“

În mod paradoxal, sugerarea încetinirii ritmului activităţilor va contribui la accelerarea demersului terapeutic.

Gafner şi Benson (2003, p. 253) încep terapia anxietăţii printr-o inducţie hipnotică de tip conversaţional, adâncind transa prin intermediul tehnicii clasice a numărării sau a imaginării coborârii unor trepte.

Terapeutul va acţiona în mod permisiv, lăsând clientului libertatea de a-şi alege singur tehnica de adâncire a transei.

Clientului aflat în transă i se vor administra sugestii directe şi indirecte de reducere a tensiunii şi supraîncordării, sugestii care pot îmbrăca următoarele forme:

„Începând din acest moment, teama, încordarea, nervozitatea te vor părăsi, vor ieşi din tine, o dată cu aerul expirat ...“ sau:

„Ana, imaginează-ţi că ţii în mână aţa unui balon ... poate unul roşu sau albastru ... sau verde ... nu ştiu ce culoare poate avea balonul pe care îl vezi cu ochii minţii ... Acum imaginează-ţi că dai drumul balonului care zboară liber ...“ sau:

„Ana a găsit într-o zi o plasă mare cu multe, multe baloane colorate şi ea a desfăcut plasa şi a dat drumul unui balon ... l-a eliberat şi balonul a zburat spre cer ...“

Anxietatea, dar şi mânia pot fi reduse prin intermediul exagerării metaforice a simptomelor.

Gafner şi Benson (2003) recomandă această tehnică în cazul pacienţilor care au sentimentul eficienţei personale destul de dezvoltat (nu e nevoie să se insiste în cazul lor pe tehnici de întărire a ego-ului), nu opun rezistenţă la psihoterapie şi nu suferă de o tulburare a personalităţii.

Forţa acestei tehnici constă în alăturarea unor elemente opuse, respectiv sugerarea contrastului dintre prezenţa şi absenţa simptomului. Aceasta va fi explicată clientului într-o discuţie care are loc înainte de inducerea transei.

„Andreea, aş dori să cauţi cu ajutorul imaginaţiei ceva, o imagine, o metaforă, care să reprezinte problema ta ... poate fi orice ... o culoare ... imagine ... orice doreşti tu ... Acordă-ţi oricât timp doreşti şi atunci când ai găsit ceea ce căutai, fă-mi un semn cu capul.

Apoi vei abandona pentru un timp simbolul ales şi vei căuta o imagine sau o metaforă pentru absenţa problemei ... poate fi orice doreşti tu ... Acordă-ţi timpul de care ai nevoie şi atunci când ai găsit-o, fă-mi un semn cu capul ...

Te rog acum să revii la imaginea problemei tale şi să o amplifici ... să o faci mare, colorată ... cu contraste puternice ... strălucitoare ... Eu voi număra până la trei şi tu vei amplifica imaginea problemei tale ... 1 ... 2 ... 3 ... E foarte bine aşa ... acum lasă imaginea să se ducă şi relaxează-te tot mai mult ...

Revino acum la imaginea care reprezintă absenţa problemei tale pentru că imediat îţi voi cere să o amplifici ... şi în timp ce realizezi acest lucru, doresc să descrii în aer un cerc cu degetul arătător al mâinii tale drepte, descrie-l încet ... încet ... cu atenţie ... pentru că astfel vei amplifica ... vei mări imaginea care simbolizează pentru tine absenţa problemei tale ...

Încep să număr acum de la 1 la 3 şi tu amplifici imaginea care simbolizează absenţa problemei tale ... E bine aşa ... acum te relaxezi din nou ... te relaxezi tot mai mult ...“

Terapeutul va analiza apoi cu clientul, aflat în stare de veghe, conţinutul imaginilor alese.

Benson (2003, p. 257) a utilizat o povestire metaforică pentru reducerea anxietăţii legate de zborul cu avionul, anxietate care a apărut la unii subiecţi din Statele Unite, după evenimentele din 11 septembrie 2001.

„Vulturul“

„A fost odată un băieţel pe care îl chema Steve şi care visa să zboare ca un vultur. El urmărea *forţa* cu care aripile vulturului loveau aerul când acesta se înălţa spre cer. Steve locuia în Montana şi era obişnuit cu spaţiile largi, deschise ... Adesea, el stătea întins în iarbă urmărind ore în şir zborul vulturilor şi uneori uita de sine, visând cu ochii deschişi. Erau mulţi vulturi în Montana şi uneori Steve compara zborul diferiţilor vulturi, care parcă erau înzestraţi cu puteri diferite, observând cum unii vulturi se prăbuşeau un pic, apoi se redresau pentru a-şi continua zborul, rotindu-se în înaltul cerului şi observând cu atenţie locurile unde ar putea ateriza.

A urmări zborul vulturilor, aceste minunate maşini zburătoare, îl liniştea, îl calma pe Steve. El îşi dădea seama de faptul că asocia acele momente de linişte şi pace interioară cu urmărirea zborului vulturilor, imaginându-şi că pasărea îl va lua cu ea în zborul său spre înălţimi. Adesea, el îşi dorea să

călătorească spre interiorul ființei sale, să ia contact cu nebănuitele sale resurse interioare, atunci când urmărea vulturul care stătea pe stâncă, spunându-și în gând: «aș dori ca vulturul să decoleze și să mă ia cu el, pe tărâmul acela de libertate ... ».

I se părea atât de extraordinar felul în care decolau și aterizau vulturii pe stânci, pe valuri, în locuri periculoase, cu mișcări precise, încât Steve parcă se temea ca vulturul să nu facă vreo greșeală.

Observând cu atenție zborul vulturilor, Steve a acumulat multă experiență și și-a dat seama că vulturii nu pot greși, iar această experiență l-a făcut să devină tot mai *sigur* de perfecțiunea zborului vulturilor.

Ca adult, Steve își amintea adesea de zborul vulturilor pe care îi urmărise în copilărie. El își amintea de starea de calm și pace interioară pe care o simțea admirând forța și suplețea vulturilor ... Și-a amintit și de ziua în care mintea lui și-a luat și ea zborul, fiind surprins să descopere multe lucruri despre sine însuși atunci când își sonda interiorul ... dându-și seama de nebănuitele forțe interioare pe care le descoperea în inconștientul său, doar stând relaxat, absorbit de zborul vulturilor ... El trăia împreună cu vulturii bucuria zborului, iar măiestria lor l-a ajutat să-și deschidă propriile aripi și să descopere potențialul nebănuit care îl ajuta să navigheze pe valurile propriei sale vieți și să rezolve cu succes toate problemele cu care se confrunta ... Pentru băiatul acela care a devenit bărbat și a crescut acolo, în Montana, vulturul a rămas simbolul forței și măiestriei ... Chiar și astăzi, când vede un vultur, închide ochii și își regăsește sentimentul de pace și de forță interioară, spunându-și în gând: «eu pot face acest lucru»".

• *Terapia anxietății* (Principii):

a) *Modificarea mediului* (pe cât posibil) pentru a împiedica producerea unor noi evenimente stresante, respectiv:

• schimbarea locului de muncă;

• reducerea încărcăturii de efort etc.

b) *Modificarea interpretării și modului în care individul evaluează situațiile.* Această schimbare de atitudine îi va face pe oameni mai puțin vulnerabili la stres.

c) *Acționarea directă asupra răspunsului emoțional și fiziologic la stimulul anxiogen* (aici se înscrie și medicația anxiolitică), relaxarea progresivă, autohipnoza și tehnicile meditative.

d) *Modificarea modului de interpretare a datelor mediului extern.*

Desensibilizarea sau decondiționarea reprezintă o tehnică comportamentală de a modifica modul în care cineva apreciază situațiile, de la situații non-anxiogene, puțin anxiogene, până la situații puternic anxiogene. Această orientare este bazată pe supoziția (Wolpe, 1958) conform căreia anxietatea se datorează asocierii dintre stimuli normali, neaxiogeni cu situații amenințătoare.

În practică se recomandă aplicarea relaxării și asocierea acesteia cu stimuli progresivi tot mai anxiogeni (se începe cu stimuli tot mai puțin anxiogeni).

Pentru reducerea anxietății se mai utilizează și metode bazate pe „insight".

Ellis și Harper (1975) consideră că anxietatea este bazată mai ales pe ideea supraevaluării și exagerării situațiilor periculoase.

În majoritatea cazurilor, situația anxiogenă pe care noi o apreciem ca „teribilă" nu mai este privită chiar așa la o examinare mai atentă.

Hipnoterapia în cazul tulburărilor anxioase implică:

• *Sugestiile directe*

Sugestiile directe de reducere a anxietății sunt și mai eficiente dacă se asociază cu tehnica imaginației dirijate.

Lamb (1980) a demonstrat rolul psihoterapiei de relaxare pentru a reduce anxietatea pacienților care se adresau unui cabinet de stomatologie.

Santon (1978) a demonstrat că doar simpla relaxare obținută în urma unei inducții hipnotice, fără nici o sugestie, relaxare în care subiectul a rămas timp de o jumătate de oră, a avut efecte pozitive în reducerea anxietății subiecților.

Sugestiile folosite în hipnoză pentru reducerea anxietății sunt mai eficiente atunci când se administrează într-o manieră mai puțin directă, prin utilizarea imaginării dirijate: pacientului i se sugerează să se vizualizeze pe sine, relaxat și liniștit, în diverse situații care îi creau anxietate în trecut.

Simpla sugerare a relaxării reduce adesea anxietatea fără a solicita din partea terapeutului abilități speciale.

• *Autohipnoza*

Aproape toate sugestiile care s-au dovedit utile în heterohipnoză pot fi aplicate și în autohipnoză.

O'Connor (1978) susține că, dacă heterohipnoza este combinată cu o tehnică de autohipnoză, rata vindecării este de peste 82%.

Sodomsky (1974) a demonstrat experimental că o mare parte a pacienților care au învățat autohipnoza (după 1-3 ședințe de heterohipnoză), au renunțat la medicația cu tranchilizante.

• *Hipnoanaliza*

O mare parte a pacienților anxioși beneficiază doar parțial și temporar de pe urma sugestiilor directe, administrate în stare de hipnoză.

Se presupune că la pacienții care nu beneficiază de pe urma sugestiilor directe, anxietatea are un rol important în cadrul mecanismelor de apărare ale eului.

Psihoterapia are drept obiective în aceste cazuri:
- să descopere sursa de conflict care contribuie la perpetuarea anxietății;
- să intre în comunicare cu acele instanțe intrapsihice care pot rezolva conflictul și care pot ajuta subiectul să facă față anxietății.

Astfel, tehnica răspunsului ideomotor permite descoperirea unor amintiri semnificative, precum și identificarea unor resurse subconștiente latente ale subiectului.

Când respectivele resurse latente sunt mobilizate, pacientul devine capabil să facă față problemelor cu care se confruntă.

Prezentare de caz (Barnet, 1985)

O femeie de 35 de ani s-a prezentat la psihoterapie pentru anxietate accentuată, cefalee, insomnie, atacuri de panică și transpirații reci, apărute fără nici un motiv evident.

Anxietatea se manifesta mai ales când persoana se afla în compania unor străini, îndeosebi bărbați. Pacienta nu se simțea bine la petreceri și avea tendința de a abuza de alcool și tutun.

În ciuda anxietății, aceasta era o șefă eficientă la serviciu, deși nu se dovedea suficient de asertivă pentru a pune la punct o subalternă ineficientă.

Incapacitatea ei de a-și exprima sentimentele îi crea dificultăți de comunicare cu soțul său. Acesta nu știa ce gândește ea, pentru că nu discuta niciodată despre lucrurile care îi creau probleme sau o preocupau.

Ambii soți erau de părere că pe plan sexual manifestau o indiferență reciprocă. Pacienta afirma că soțul se purta rece cu ea, iar acesta susținea că ea niciodată nu a manifestat dorința de a face dragoste cu el, ceea ce i-a creat aversiunea de a întreține relații sexuale cu ea; la rândul său, ea se simțea jenată să-și exprime nevoile sexuale și presupunea că soțul ar trebui să intuiască dorința ei, fără ca ea s-o exprime.

Peste o săptămână ea a relatat că a dormit bine și s-a simțit relaxată. Totuși, anxietatea i-a rămas la fel de puternică. În aceste condiții, terapeutul a fost de părere că este necesar un demers hipnoanalitic.

În hipnoză, pacienta a fost regresată în timp până în perioada dinaintea apariției anxietății. Pacienta a zâmbit și a evocat experiențe agreabile.

Apoi i s-a sugerat să se deplaseze în timp în perioada când a apărut prima experiență producătoare de anxietate, sugerându-i-se să relateze detaliat experiența respectivă.

Fragment din protocolul de psihoterapie (Barnet, 1985):

Dr.: Câți ani ai, Sarah? (Întrebările au rolul de a întări regresia de vârstă obținută.) Unde te afli? (Solicită implicarea pacientei într-o experiență localizată.)

P.: Doi ani

Dr.: Unde te afli?

P.: Sunt în bucătărie.

Dr.: În bucătărie?

R.: Eu gătesc la cuptor.

Dr.: La cuptor? Cine face aceasta? (La început, pare că ceva nu e în regulă când se vorbește unei persoane în vârstă de doi ani.)

R.: Eu gătesc la cuptor.

Dr.: Gătești la cuptor? Dar ai doi ani! Este cuptorul fierbinte? (Sarah este adânc implicată în jocul imaginativ).

P. Nu!

Dr.: Te prefaci că gătești?

P.: Da (Deoarece această experiență a creat anxietate, terapeutul intuiește că se ascunde ceva în spatele acestei experiențe.)

Dr.: Bine. Ce se mai întâmplă? (Întrebarea: ce se mai întâmplă? o determină pe Sarah să vizualizeze evenimentele cu și mai multe detalii. În câteva cuvinte este redată experiența terifiantă.)

P.: Mașina de gătit se răstoarnă!

Dr.: Mașina de gătit se răstoarnă? Și ce se mai întâmplă?

P.: Oala cu apă fierbinte se răstoarnă.

Dr.: Peste tine? (Sarah, închisă în cuptor, este speriată nu numai din cauza situației sale disperate, dar și de urletele surorii sale).

P. (plângând): Peste sora mea.

Dr.: Și ce se întâmplă?

P.: O opărește.

Dr.: Te opărește pe tine?

P.: Nu.

Dr.: Nu te atinge deloc?

P.: Nu, pentru că eu sunt în cuptor.

Dr.: Ești înăuntru și totul în jurul tău se răstoarnă, nu-i așa?

P.: Da.

Dr.: Cine vine?

P.: Mama (Mama vine în ajutor și necazurile fetiței de doi ani iau sfârșit.)

Dr.: Ce spune mama?

P.: Doamne! Bine că ești teafără! (Mama se bucură că ea n-a pățit nimic, și acest lucru este încurajator.)

Dr.: Și cu surioara ta ce s-a întâmplat?

R.: Pare să fie bine (Surioara pare să nu aibă nimic la prima vedere, dar, de fapt, nu este chiar așa. Sora nu numai că este foarte speriată, dar și serios opărită.)

Dr.: De fapt, ce s-a întâmplat?

P.: Mama o schimbă pe canapea. Are bășici pe picioare.

Dr.: Și tu ce simți?

P.: Mi-e frică!

Dr.: Frică de ce?

R.: Mama spune că eu sunt vinovată. (Întreaga panică a lui Sarah revine. Mama o ceartă pentru toate. Ea trebuie să fie un copil rău, dacă i-a făcut un lucru atât de îngrozitor surorii sale. În același timp, ceva din ea îi spune că nu ea a făcut aceasta. Numai că mama nu e de aceeași părere.)

Dr.: Tu ai făcut?

P.: Nu, oala cu apă fierbinte e de vină.

Dr.: Da, oala cu apă fierbinte a comis această faptă! Tu n-ai vrut, nu-i așa?

P.: Nu.

Dr.: Ce-ai făcut tu? Te-ai urcat în cuptor? (Terapeutul revede împreună cu pacienta filmul evenimentului și amândoi ajung la concluzia că acțiunile fetiței de doi ani erau foarte rezonabile pentru vârsta ei.)

R.: Da, și e un buton care îl blochează în spate.

Dr.: Un buton? Unul dintre acelea cu care obișnuiești să te joci?

P.: Da.

Dr.: Cum ai reușit să faci asta?

P.: M-am urcat și am umblat la el. (Ea nu era în acel moment suficient de inteligentă pentru a prevedea ce consecințe ar putea avea acțiunile ei, ce dezastru ar putea declanșa. E clar că mama credea că fetița ar fi trebuit să fie. Mama este extrem de supărată și evident că Sarah e de vină.)

Dr.: Da, și tu a trebuit să ajungi la el, nu-i așa?

P.: Da. (Sarah a decis că nu mai trebuie să fie o fetiță rea, și pentru aceasta nu-i rămânea altceva de făcut decât să rețină panica – panică ce o împiedica să aibă un comportament aventuros și independent. În locul acestui compartament ea trebuie să urmeze indicațiile altora pentru a evita riscul de a fi dezaprobată.)

Dr.: Și nu te-ai gândit că aragazul ar putea să cadă?

P.: Nu.

Dr.: Bine, Sarah, femeie de 35 de ani, ai auzit de această afirmație?

P.: Da. (Terapia este direcționată spre descoperirea resurselor ei actuale de inteligență, specifice unei persoane adulte, astfel încât s-o înțeleagă pe mama ei, dar și pe Sarah cea de doi ani și să înțeleagă faptul că nu mai trebuie să trăiască vechile ei sentimente de teamă, care au fost menținute în inconștient pentru a o proteja de dezaprobarea maternă).

Dr.: Sarah a avut la doi ani o experiență înfricoșătoare, poți s-o ajuți? Ei îi este îngrozitor de frică. Dă-i toată înțelepciunea ta, acordă-i înțelegerea de care ești capabilă și, atunci când ai făcut asta, fă un semn cu capul ca să știu și eu. Mica Sarah e foarte speriată. Trebuie să o iei în brațe și să-i acorzi afecțiune.

P.: Dă din cap.

Dr.: Ai făcut asta? E bine. Sarah cea de doi ani, dacă ai auzit asta, mai trebuie să fii speriată? (Pacienta a menținut aceste sentimente un timp îndelungat și trebuie să găsească un mod de a le lichida. Atâta timp cât nu există o nevoie neexprimată de a le păstra, trebuie găsită o modalitate de a scăpa de ele.)

P.: Nu.

Dr.: Bine. Sarah cea de 35 de ani și cea de 2 ani nu mai trebuie să simtă sentimentele de teamă care au durat 33 de ani. Te rog găsește o soluție pentru a face ca toate sentimentele de teamă să dispară și când ai descoperit soluția, fă un semn cu capul.

P.: Dă din cap. (Lui Sarah i se sugerează să lase de-o parte teama, să plece și, spre surprinderea ei, ea descoperă că îi este foarte ușor s-o facă. Ea simte cum stări afective confortabile vin să ia locul anxietății. Ea zâmbește fără voie).

Dr.: Sarah de 35 de ani, există o cale de a scăpa de teamă, sentimentul vechi, neplăcut și care nu mai e necesar. S-a terminat cu el. Lasă-l să plece. Când toată teama te-a părăsit și ești sigură de asta, fă un semn cu capul! (S-a observat că înlăturarea unor vechi tensiuni face pacientul să zâmbească spontan, ceea ce confirmă starea de eliberare.)

P.: Dă din cap și zâmbește (Acum, terapeutul trece la localizarea altor experiențe care au contribuit la anxietatea generalizată a lui Sarah).

Dr.: A dispărut totul?

P.: Dă din cap și zâmbește din nou.

Dr.: E bine așa. Ia să vedem acum dacă mai este o Sarah înlăuntrul tău care nu se simte bine. Dacă este, dă din cap în semn că da! (Sarah descoperă o experiență care s-a petrecut după mulți ani și care seamănă cu prima. Aparent, băiatul cu care se împrietenise, era drăguț, dar ea se simțea altfel. El o speria și ea nu-l plăcea.)

P.: Dă din cap.

Dr.: Câți ani aveai atunci?

P.: 18, 19 ani.

Dr.: Ce s-a întâmplat?

P.: Aveam un prieten!

Dr.: Era un băiat drăguț?

P.: (cu o mimică tristă) Este un bărbat.

Dr.: Și ce dacă? Ce face el?

P.: Se bate cu tatăl său. Îi place lupta.

Dr.: Și asta nu e bine, nu-i așa?

P.: E egoist (Sarah îşi urăşte prietenul şi totuşi stă cu el pentru a nu supăra pe nimeni, mai ales pentru a nu supăra figurile materne. Ea se simte neajutorată şi asta îi amplifică anxietatea.)

Dr.: Ce simţi de fapt?

P.: Îl urăsc.

Dr.: Dacă îl urăşti, de ce stai cu el?

P.: Mama lui nu-mi dă voie să mă întâlnesc cu alţi băieţi.

Dr.: Dar ce amestec are mama lui în asta?

P.: Eu locuiesc cu părinţii lui.

Dr.: De ce locuieşti acolo?

P.: Tatăl meu m-a acuzat că sunt o târfă. Atunci am plecat de acasă. Mi-am luat serviciu şi locuiesc cu ei. (Din nou, Sarah a primit confirmarea că e rea şi nu trebuie să ţină seama de propriile sale dorinţe şi nevoi.)

Dr.: Te simţi ca într-o capcană? (Aceasta n-o împiedică să fie furioasă, dar furia trebuie reprimată, şi aceasta produce anxietatea.)

P.: Da. Larry se întâlneşte cu alte fete, iar eu nu am voie să mă întâlnesc cu alţi băieţi.

Dr.: Pariez că asta te înfurie! (Din nou, terapeutul face apel la ego-ul ei de adult pentru a vedea lucrurile aşa cum sunt de fapt.)

P.: Da.

Dr.: Sarah de 35 de ani, ai auzit ce am vorbit?

P.: Da.

Dr.: Sarah de 18, 19 ani e prinsă în capcană şi se simte groaznic. Poţi s-o ajuţi? Ea este furioasă şi neajutorată. Aş vrea să înţelegi ce simte ea. Când ai reuşit, dă din cap. (Din nou, Sarah e încurajată să simtă că sentimentele ei din acea perioadă erau fireşti la timpul respectiv şi acceptabile, dar că acum ele nu mai sunt necesare.)

P.: (semn) Da.

Dr.: Bine. Sarah de 18, 19 ani, acum că ai auzit asta, mai trebuie să te simţi speriată, lovită, furioasă şi dominată de sentimente de culpabilitate? (Ea e încurajată să găsească singură o modalitate de a se elibera de aceste trăiri.)

P.: Nu.

Dr.: Bine. Sarah cea de 35 de ani, doresc să găseşti o cale pentru Sarah cea de 18 ani să scape de sentimentele de disconfort de care nu mai are nevoie. Când ai găsit soluţia, fă un semn cu capul!

P.: Da (semnal ideomotor) (Apoi, după ce s-au explorat toate conflictele trecute, s-au administrat sugestii directe de întărire a ego-ului şi creştere a autostimei.)

Dr.: Deci, Sarah de 18 ani, există o cale prin care poţi scăpa de vechea tensiune care nu mai este necesară. Foloseşte-te de calea indicată şi, când te-ai eliberat de teamă, fă semn (Sugestiile au fost înregistrate pe o casetă şi ea trebuie să le asculte zilnic.)

P. (semn): Da. Zâmbeşte. (Apoi pacienta a fost învăţată să practice autohipnoza pentru situaţiile în care s-ar simţi tensionată.)

Dr.: S-au dus toate. E bine acum, nu-i aşa? (Când Sarah a devenit mai relaxată, s-a constatat şi îmbunătăţirea relaţiilor cu soţul.)

Tratamentul prin hipnoză al fobiilor şi fricilor intense

Helen Crawford şi Anreed Barabasz (1993) sunt de părere că hipnoza este utilizată în tratamentul fobiilor ca metodă auxiliară pe lângă alte tipuri de intervenţii terapeutice, cum ar fi terapia cognitivă, comportamentală sau terapiile de orientare dinamică.

Studiile experimentale şi clinice au demonstrat faptul că eficienţa utilizării hipnozei în terapia fobiilor se bazează pe sugestibilitatea ridicată, vivacitatea reprezentărilor vizuale, abilitatea de a focaliza atenţia, precum şi pe flexibilitatea strategiilor cognitive (Crawford şi Barabasz, 1993).

Autorii menţionaţi afirmă şi faptul că particularităţile specificate mai sus sunt implicate şi în apariţia şi menţinerea fobiilor.

Fobiile reprezintă temeri intense şi disproporţionate faţă de diverse situaţii care, pentru majoritatea oamenilor, nu sunt anxiogene. Reacţiile anxioase faţă de stimulii respectivi nu pot fi controlate voluntar, subiecţii punând în acţiune mecanisme de evitare a acestora.

Fobiile sunt considerate ca făcând parte din cadrul tulburărilor anxioase în Manualul Diagnostic şi Statistic al Tulburărilor Mentale, ed. a III-a revizuită, Asociaţia Psihiatrilor Americani, 1992, precum şi în Clasificarea Internaţională a Bolilor Psihice (I.C.D.), elaborată de O.M.S. în 1992.

Temerile cu caracter patologic se referă la obiecte, persoane şi situaţii foarte diferite (fobie de animale, boală, sânge, spaţii închise, zbor cu avionul etc., la care se adaugă agorafobia, care este teama subiectului de a se deplasa în spaţii deschise şi care are un grad mai mare de generalitate, precum şi fobiile sociale).

Dacă persoanele cu agorafobie şi fobii sociale se prezintă frecvent la cabinetele de psihiatrie sau psihoterapie, mulţi dintre subiecţii care suferă de fobii precis delimitate (de întuneric, furtună, cutremure etc.) nu solicită sprijin de specialitate.

Tulburările fobice au fost tratate cu succes prin intermediul unor metode psihoterapeutice care îmbină hipnoza ca metodă de focalizare dirijată a atenţiei

cu desensibilizarea sistematică, tehnici cognitive de depistare şi combatere a gândurilor negative, imaginare cu conţinut emoţional, imersiune (confruntarea directă şi brutală cu situaţia anxiogenă), precum şi cu tehnici psihodinamice: dezaprobarea unor amintiri uitate, abreacţie (descărcare emoţională) sau „insight“ (iluminare, găsirea bruscă a cauzelor unor simptome) (Barabasz, 1977; Mc Guinness, 1984; Humphreys, 1986; Kheft, 1986).

Trăirea unor situaţii imaginate poate produce reacţii emoţionale şi fiziologice similare sau chiar identice cu cele evocate de confruntarea cu situaţia anxiogenă (Barabasz şi Barabasz, 1981; Cook, Malamed Cuthbert McNeil şi Lang, 1988).

Terapeuţii care tratează aceste tipuri de afecţiuni au constatat că inducţia hipnotică la subiecţii cu sugestibilitate moderată şi înaltă le produce acestora o stare de relaxare în care se pot administra mai uşor sugestii de reducere a reacţiilor emoţionale şi fiziologice care apar în cazul fobiilor.

De asemenea, utilizarea desensibilizării sistematice în stare de hipnoză măreşte foarte mult eficienţa acestei tehnici de confruntare în plan imaginativ, cu stimuli anxiogeni ierarhizaţi gradat.

Deoarece un număr însemnat de fobii au drept cauză condiţionarea, mulţi hipnoterapeuţi utilizează hipnoza pentru a evidenţia cauzele care au generat fobia.

Mai ales terapeuţii de orientare dinamică sunt de părere că prin metoda regresiei de vârstă pot fi aduse în planul conştiinţei amintiri psihotraumatizante din copilăria subiectului, amintiri referitoare la conflicte şi traume care ar fi putut produce apariţia fobiei.

Desigur, această metodă prezintă interes, dar terapeutul trebuie să fie conştient de faptul că amintirile scoase la iveală prin intermediul hipnozei pot fi adevărate, dar pot fi şi parţial adevărate, sau chiar false, deşi subiecţii par a fi foarte convinşi de adevărul acestora (Orne, Whitehouse, Dinges şi Orne, 1988).

Din acest motiv, datele obţinute prin intermediul hipnozei trebuie verificate prin intermediul confruntării acestora cu alte surse de informaţii.

Abordarea cognitiv-comportamentală are drept obiectiv restructurarea cognitivă a modului de abordare a situaţiilor anxiogene, astfel încât amintirea acestora să nu mai producă anxietate (Meichenbaum, 1977). În acest caz, prin intermediul hipnozei sunt aduse la suprafaţă amintirile uitate, care apoi sunt restructurate prin intermediul sugestiilor şi tehnicii imaginaţiei dirijate. Şi în acest caz se utilizează regresia de vârstă (Lamb, 1985; Kossak, 1987).

De asemenea, terapeuţii cognitivişti utilizează metoda identificării gândurilor negative iraţionale, precum şi substituirea acestora cu gânduri alternative mai realiste. Acestea din urmă pot fi administrate sub forma unor sugestii hipnotice sau posthipnotice.

Aşa cum am mai subliniat, hipnoza este deosebit de utilă şi în cazul metodei imersiunii (flooding) realizate în plan imaginativ, situaţie în care subiectul se confruntă în mod direct şi brutal cu stimulul anxiogen la nivel de reprezentare mentală, până când anxietatea se reduce în mod semnificativ.

Psihoterapeuţii care se ocupă de tratamentul fobiilor trebuie să verifice dacă fobiile constituie tulburări de sine stătătoare, dacă subiectul prezintă fobii multiple sau dacă fobiile fac parte din cadrul unor tulburări psihopatologice mai ample, cum ar fi tulburările depresive, atacurile de panică sau sindromul de stres posttraumatic.

Helen Crawford şi Barabasz (1993, p. 317) prezintă un caz de fobie tratată cu succes prin intermediul hipnozei de către ultimul autor, caz în care alte metode terapeutice au eşuat. În cele ce urmează, vom prezenta unul dintre cazuri.

Autorii, clinicieni şi experimentalişti, au înregistrat în hipnoză variaţiile pulsului şi reflexului electrodermal în timpul expunerii în plan imaginativ la stimulii anxiogeni. Aceste înregistrări fiziologice au avut drept obiectiv stabilirea şi reordonarea ierarhiilor de stimuli anxiogeni, precum şi extinderea duratei şedinţei de expunere, până când anxietatea subiectului s-a redus în mod semnificativ. De asemenea, terapeutul a putut utiliza aceste măsurători şi ca indicatori ai profunzimii relaxării.

Prezentare de caz: Fobie şcolară (Crawford şi Barabasz, 1993, p 317)

Lynn, în vârstă de 11 ani, suferă de fobie şcolară, din cauza căreia nu a fost deloc la şcoală pe toată durata clasei a cincea. În acea perioadă, ea a urmat mai multe tipuri de psihoterapie (centrată pe client, desensibilizare sistematică, terapie de familie) şi tratament psihiatric, toate aceste intervenţii rămânând fără rezultat.

Fetiţa afirma că doreşte din tot sufletul să meargă la şcoală şi că a fost pe punctul să facă acest lucru în urma tratamentului de desensibilizare.

Pacienta a învăţat relaxarea şi a construit împreună cu psihologul, cu care a lucrat înainte, o ierarhie de situaţii anxiogene care părea logică.

Itemii ierarhiei cuprindeau elemente cum ar fi: să i se adreseze o întrebare de către profesor, să fie şcoasă la tablă, să dea un examen sau să desfăşoare activităţi de grup în faţa profesorului. Desensibilizarea s-a desfăşurat în plan real, dar pacienta nu a reuşit decât să viziteze şcoala după luni de tratament.

Ţinând seama de datele problemei, terapeutul a propus utilizarea hipnozei. Pacientei i-a fost prezentată hipnoza ca o metodă de a adânci relaxarea şi de a face ca desensibilizarea să fie mai eficientă.

La Scala de hipnotizabilitate Standford pentru copii (Morgan şi Hilgard, 1978; 1979), pacienta a obţinut 4 din cele 5 puncte posibile.

În acest caz, înregistrările fiziologice ale reflexului electrodermal şi pulsului au fost deosebit de utile pentru că au condus la modificarea ierarhiei de

stimuli anxiogeni. Astfel, pentru Lynn, situaţia care producea anxietatea cea mai ridicată, cu cel mai puternic răspuns fiziologic era să deschidă dimineaţa poarta şcolii. Această situaţie fusese plasată undeva jos în cadrul ierarhiei de stimuli anxiogeni elaborate anterior în cadrul celorlalte terapii.

Deoarece anul şcolar tocmai începuse şi Lynn lipsise deja o săptămână, s-a decis instituirea unei psihoterapii intensive, cu şedinţe zilnice, inclusiv sâmbăta şi duminica.

Ierarhia stimulilor anxiogeni a fost reordonată în conformitate cu reacţiile psihofiziologice. După inducerea transei, s-a aplicat metoda desensibilizării sistematice în stare de hipnoză. S-a înregistrat permanent nivelul pulsului şi reflexul electrodermal în timp ce pacientei i s-a sugerat să-şi imagineze stimulii anxiogeni din cadrul ierarhiei şi apoi s-au administrat sugestii de calm şi relaxare.

Au fost utilizate şi sugestiile directe pentru a facilita reducerea anxietăţii la acei stimuli, în cazul cărora aceasta se producea mai greu sau deloc.

Instructajul administrat a fost următorul:

„Data viitoare când îţi voi cere să-ţi imaginezi scena respectivă ca şi cum s-ar petrece în realitate, teama ta va fi mult mai mică, mult mai mică. Vei fi capabilă să te relaxezi în timp ce-ţi imaginezi scena, dar şi în situaţia reală. Să începem acum.. Imaginează-ţi din nou situaţia X".

Deoarece Lynn a dovedit că reacţionează la sugestii posthipnotice, ea a acceptat să utilizeze hipnoza pentru a intra într-o stare de calm, atunci când va deschide poarta şcolii. Terapeutul a făcut şi aranjamentele necesare pentru schimbarea şcolii, astfel ca pacienta să se ducă la şcoală în prima zi, pentru a nu se repeta vechiul model de interacţiune emoţională cu părinţii. În urma hipnoterapiei, pacienta a mers normal la şcoală, nu a absentat decât 6 zile în trei ani, a obţinut rezultate şcolare bune şi s-a angrenat în activităţi sportive. Nu s-au mai constatat alte reacţii fobice sau tulburări de comportament.

Hunter (1988) prezintă un set de sugestii utile pentru psihoterapia atacurilor de panică: „Te voi învăţa o tehnică cu ajutorul căreia să poţi scăpa de atacurile de panică".

„Stai foarte relaxat în fotoliu şi intri într-o stare de hipnoză profundă. Te afli cu mine în cabinet şi eşti în deplină siguranţă. Caută acum să retrăieşti stările pe care le ai în timpul unui atac de panică. Retrăieşti doar acele stări pe care crezi că ai posibilitatea să le controlezi. E bine aşa. Acum, dacă totul e în regulă, caută să retrăieşti stările respective la nivel maxim şi încearcă să observi ce se întâmplă. Poate că inima începe să bată mai repede, poate respiraţia devine mai accelerată sau poate simţi o încordare în stomac. Unii oameni au o senzaţie de tensiune în zona capului însoţită de transpiraţia palmelor.

Caută să retrăieşti în minte stările pe care le ai tu în situaţia când eşti cuprins de un atac de panică, fără a uita că poţi să limitezi trăirile până la nivelul pe care îl doreşti, pentru că te afli în siguranţă.

Dacă totul este în regulă, retrăieşte stările respective cât poţi de intens. Când ai ajuns la trăirea maximă, opreşte exerciţiul şi apoi caută să inversezi fiecare simptom în parte. Începe cu respiraţia, care este cel mai uşor de controlat. Concentrează-te asupra respiraţiei şi fă în aşa fel încât respiraţia să devină calmă, liniştită, agreabilă. Odată ce respiraţia s-a calmat, vei constata că bătăile inimii au tendinţa de a reveni la normal, pentru că respiraţia şi inima lucrează împreună. Când respiraţia şi bătăile inimii s-au calmat aşteaptă puţin, apoi concentrează-te asupra altei senzaţii, poate asupra tremorului mâinilor sau asupra senzaţiei de nod în gât sau de încordare în zona abdominală. Relaxează-te şi readu la normal fiecare simptom în parte. Când totul s-a normalizat, inspiră adânc şi continuă să te relaxezi.

Acum gândeşte-te la ce ai învăţat astăzi. Ai învăţat faptul că ştii exact la ce să te concentrezi şi ce să faci pentru a te calma. Mai mult, ai învăţat că eşti capabil să faci asta. Ai reuşit singur să inversezi fiecare simptom readucându-l la normal. Ştiam că eşti capabil să faci acest lucru şi ai dovedit-o cu prisosinţă.

Acum vom întări cele învăţate. Retrăieşti stările proaste pe care le ai în timpul atacului de panică până la limita la care eşti capabil să le controlezi. Apoi caută să le retrăieşti la nivel maximal, după care inversează fiecare simptom în parte, începând cu respiraţia. Când ai terminat inspiră adânc, apoi expiră. Simţi o mare uşurare, nu-i aşa?

Felicitări! Ai realizat acest lucru de două ori şi ai reuşit foarte bine.

Acum ştii ce ai de făcut când eşti cuprins de un atac de panică.

Cu altă ocazie o să vorbim şi de modalitatea de a preveni atacul, pentru ca acesta să nu se mai producă defel. Este însă destul de reconfortant să ştii că ai un instrument care te poate scoate din impas.

Trebuie să-ţi dai seama că, atunci când inversezi simptomul, *tu eşti cel care controlezi situaţia.*

Acum este momentul să mergem mai departe. (Instructajul următor se dă în cursul altei şedinţe de hipnoză.)

Stai aşezat confortabil în fotoliu, intră în hipnoză şi apoi adânceşte transa. Imaginează-ţi acum că te deplasezi în viitor atunci când vei face o călătorie cu avionul, fără să-ţi fie teamă. A mai rămas o jumătate de oră până la aterizare şi stai comod în fotoliu cu o ceaşcă de ceai (cafea) şi cu un pahar de băutură răcoritoare, simţindu-te cât se poate de bine. Este o experienţă deosebit de plăcută, deosebit de plăcută.

Te simţi foarte mulţumit de tine, foarte satisfăcut. Eşti satisfăcut de propria persoană şi ai tot dreptul să fii. Savurează pentru un timp acest sentiment de satisfacţie.

Acum, deplasează-te în timp spre momentul în care avionul tocmai a aterizat. Trăieşti un sentiment minunat de satisfacţie. Victorie! Am reuşit. Am rămas calm şi liniştit! Acum, deplasează-te în timp la perioada când mai ai de zburat cam un sfert din distanţă. Te simţi cât se poate de bine şi nu ai nici o îndoială că zborul va fi încununat de succes.

Apoi, deplasează-te în timp la perioada când mai ai de zburat aproximativ o jumătate din distanţă. Te simţi foarte bine. Timpul trece repede şi plăcut. Trăieşti intens senzaţia de reuşită.

Te deplasezi în timp la perioada când mai ai de parcurs trei sferturi din distanţa de zbor. Ai mult curaj, pentru că totul decurge foarte bine. Te simţi liniştit, calm, cu totul altfel decât cu ocazia altor zboruri.

Te deplasezi şi mai mult în timp la perioada când tocmai te-ai îmbarcat în avion şi ţi-ai ocupat locul pe fotoliu. Trăieşti un sentiment plăcut de calm. Îţi spui în gând cu fermitate: «Voi reuşi cu bine!»

Te reîntorci şi mai mult în timp la perioada când te îndreptai spre aeroport. Te simţi plin de curaj pentru că *totul* va decurge foarte bine.

Te simţi liniştit, destins, cu totul altfel decât cu ocazia altor zboruri. Totul va fi foarte bine. De fapt, totul este foarte bine.

Foarte repede, surprinzător de repede, te uiţi la ceas şi-ţi dai seama că s-a scurs mai mult de jumătate din durata de zbor. E nemaipomenit! Cum de a trecut timpul atât de repede şi de plăcut! Este un mare succes pe care îl trăieşti în adâncul fiinţei tale.

Puţin mai târziu observi că a mai rămas aproximativ un sfert din distanţa de zbor. Te simţi foarte bine, fiind absolut convins că restul călătoriei se va desfăşura în cele mai bune condiţii.

Iată, acum avionul a aterizat. Ce sentiment plăcut de satisfacţie! Am făcut-o! Am reuşit!

Acum, când ai ajuns la destinaţie, stai comod pe un fotoliu şi îţi reaminteşti experienţa pozitivă. Trăieşti un puternic sentiment de satisfacţie şi eşti mândru că eşti mândru de tine.

XII. Hipnoza şi depresia

Studiile epidemiologice au evidenţiat faptul că frecvenţa depresiei a crescut la populaţia americană în ultimii ani de zece ori, afectând persoanele născute între 1945 şi 1964 (Robins et. al., 1984, cit. Yapko, 1990).

Aceste date sunt interesante deoarece aruncă o lumină atât asupra cauzelor depresiei, cât şi asupra strategiilor de tratament. Astfel, se poate presupune că factorii biologici (genetici şi biochimici) joacă un rol mai puţin important decât s-a crezut în geneza depresiei, pentru că este puţin probabil ca genele sau elementele biochimice ale organismului să se fi modificat într-un timp atât de scurt. Acest lucru nu înseamnă că nu există nici o bază biologică a depresiei majore, ci doar că sunt relativ puţine cazuri de depresie endogenă în adevăratul sens al cuvântului, factorii socioculturali fiind responsabili de apariţia şi menţinerea majorităţii depresiilor.

Numeroase studii au demonstrat rolul factorilor socioculturali specifici societăţii occidentale în creşterea incidenţei depresiei (Scchiefflin, 1985 şi Seligman, 1988), fiind evident faptul că modelele de gândire, comportament şi afectivitate determină riscul apariţiei acestei tulburări. Aceşti factori trebuie cunoscuţi şi influenţaţi în plan psihologic, pentru a trata depresia şi pentru a preveni apariţia unor noi episoade ale bolii. Iniţial s-a crezut că hipnoza este contraindicată în depresii (Burrows, 1980), considerându-se că aceasta ar putea destructura mecanismele de apărare şi aşa fragile ale pacientului depresiv, grăbind apariţia ideilor şi chiar a comportamentului suicidar.

În acelaşi timp, partizanii teoriei substituţiei de simptom erau de părere că înlăturarea depresiei ar putea declanşa la pacient tulburări mult mai grave

(Barnett, 1981; Crasilneck şi Hall, 1985), după cum alţi terapeuţi pur şi simplu nu au obţinut rezultate utilizând hipnoza în depresii (Witzenhoffen, 1989).

La ora actuală s-a schimbat concepţia cu privire la depresie, dar şi la hipnoză ca metodă de psihoterapie.

Se consideră astfel că depresia reprezintă în primul rând o consecinţă a acţiunii unor variabile inter şi intrapersonale, iar hipnoza nu mai este privită doar ca o psihoterapie centrată pe simptom, ci ca o metodă complexă de restructurare psihică şi de generare a unor noi asociaţii încărcate de sens.

Yapko (1993) subliniază faptul că obiectivul hipnoterapiei constă în distrugerea structurilor psihice dezadaptative şi cu caracter limitativ şi construirea, în locul lor, a unor mecanisme psihologice sănătoase şi eficiente. Dacă iniţial acest obiectiv se referea la înlăturarea simptomelor psihopatologice, astăzi tot mai mulţi terapeuţi îşi orientează demersurile în direcţia amplificării şi stimulării resurselor şi disponibilităţilor latente ale pacientului.

Hipnoza poate fi aplicată pentru a identifica şi folosi modalităţile personale de organizare a experienţei subiective şi pentru a le direcţiona în mod constructiv, aşa cum postulează principiul „utilizării" specific ericksoniene (Erickson şi Rossi; Yapko, 1990).

Stabilirea şi adâncirea relaţiei terapeutice, organizarea şi mobilizarea disponibilităţilor ascunse ale subiectului, elaborarea de noi asociaţii şi schimbarea sistemelor de referinţă reprezintă motive suficiente pentru ca hipnoza să poată fi aplicată terapeutic şi în cazul depresiei.

Chiar şi inducţia hipnotică simplă care se realizează prin intermediul numărării („acum voi număra de la 1 la 20 şi te vei... din ce în ce mai...") are un efect psihoterapeutic în sine, pentru a întrerupe fluxul ruminaţiilor interioare negative, abate atenţia de la trăirea anxietăţii şi a disconfortului şi îi produce subiectului o stare de relaxare şi o orientare în direcţia schimbării.

Desigur, această inducţie simplă nu produce modificări terapeutice majore, dar poate să-i implementeze clientului ideea că schimbarea este posibilă, element deosebit de important în tratamentul depresiei (Seligman, 1989).

Hipnoza va fi utilizată în terapia pacienţilor depresivi ca un instrument de intervenţie care va amplifica resursele existente şi va reasocia experienţele cognitive emoţionale, relaţionale şi fiziologice disociate. De asemenea, hipnoza permite terapeutului să realizeze o intervenţie psihologică multidimensională, spre deosebire de alte metode care se focalizează separat asupra cogniţiei, afectelor sau aspectelor psihofiziologice.

La ora actuală, literatura de specialitate este dominată mai ales de două modele explicative ale depresiei: modelul cognitiv şi modelul interpersonal.

I. Abordarea cognitivă implică, la rândul său, două tipuri de modele:

1. Modelul lui Beck (1973; 1976; 1987) pune accentul pe distorsionările cognitive care apar în gândirea pacientului deprimat. Aceste erori evidente şi previzibile de logică alimentează gândirea negativă care, la rândul său, generează tristeţe şi disperare. Tratamentul constă în identificarea şi corectarea modelelor eronate de gândire, prin intermediul unor tehnici precise de clarificare şi combatere a acestora (Beck, Rush, Shaw şi Emery, 1979; Burns, 1980).

2. Modelul lui Seligman (1989; 1990) se centrează pe „stilul atribuţional" al subiectului. Acesta reprezintă o structură cognitivă previzibilă, prin care persoana tinde să-şi explice sau să explice altora de ce se produce un eveniment şi ce semnificaţie are acesta. Autorul propune identificarea stilurilor atribuţionale şi utilizarea tehnicilor terapiei cognitive pentru înţelegerea şi combaterea modurilor de atribuire care generează depresia.

Cultivarea unei gândiri flexibile, găsirea mai multor explicaţii plauzibile pentru un eveniment, desprinderea unor concluzii rezonabile, precum şi dezvoltarea unor răspunsuri eficiente şi adecvate contextului reprezintă obiectivele demersului terapeutic.

II. Modelul interpersonal al depresiei (Klerman, Weissman, Rounsa Ville şi Chevron, 1984) postulează faptul că depresia reprezintă consecinţa unor relaţii interpersonale defectuoase.

Terapia este focalizată pe construirea unor deprinderi de a interacţiona în mod eficient cu ceilalţi, deprinderi bazate pe cultivarea sprijinului şi respectului reciproc, pe clarificarea mesajelor transmise, precum şi pe o comunicare sinceră şi deschisă.

Este evident faptul că ambele abordări explicative ale depresiei sunt centrate pe destructurarea modelelor disfuncţionale de gândire şi pe reconstruirea unora noi, cu caracter adaptativ, punând accentul pe realitatea prezentă şi nu pe descoperirea unor conflicte inconştiente din trecutul subiectului.

De asemenea, ambele demersuri terapeutice sunt de scurtă durată; terapeutul joacă un rol activ în timpul terapiei, iar obiectul acesteia îl reprezintă modificarea modului în care gândeşte sau se relaţionează clientul şi a conţinutului a ceea ce gândeşte sau întreprinde acesta.

Punctul-cheie al demersului constă în faptul că atunci când se schimbă modelele de gândire şi interacţiune ale subiecţilor, se modifică şi conţinutul acestora.

Elementele menţionate mai sus demonstrează că hipnoza reprezintă un instrument terapeutic pe lângă alte demersuri utile în abordarea depresiei. Astfel, hipnoza îl poate ajuta pe client să identifice şi să înlocuiască mai repede şi în mod automat distorsiunile cognitive.

Deşi Beck şi Seligman nu s-au referit la mentalul inconştient în modul în care au făcut-o hipnoterapeuţii, ei au vorbit despre gânduri automate de care subiectul nu-şi dă seama, gânduri care trebuie identificate şi apoi înlocuite.

Hipnoza joacă şi ea un rol important în reorientarea atenţiei subiectului spre orice tip de experienţe interne, inclusiv spre cele de natură cognitivă. Astfel, tehnicile cognitive aplicate în timpul hipnoterapiei îl pot ghida pe client să elaboreze asociaţii care să-l ajute să identifice şi să înţeleagă mai uşor distorsionările cognitive şi erorile de atribuire (Yapko, 1992).

De asemenea, hipnoza poate fi utilă şi pentru identificarea nevoilor proprii şi ale celorlalţi, cât şi pentru realizarea unei mai bune concordanţe şi corelări ale acestora în vederea optimizării comunicării.

Yapko (1993, 343) subliniază faptul că, indiferent spre ce s-ar focaliza terapia, hipnoza este o tehnică deosebit de eficientă pentru că permite construirea unei legături puternice între contextul situaţional şi modalitatea dezirabilă de răspuns a subiectului. Hipnoza reprezintă, astfel, o modalitate eficientă de comunicare sugestivă care poate genera noi asociaţii la bolnavul depresiv.

Acelaşi autor (Yapko, 1993) propune un model de hipnoterapie a depresiei, model care abordează direct sau indirect două structuri psihice caracteristice depresiei:

- stilul atribuţional stabil (Seligman, 1989);
- rigiditatea perceptivă şi comportamentală (Zeig, 1980).

• *Stilul atribuţional stabil*

Stilul atribuţional al depresivului implică faptul că acesta percepe în permanenţă că viaţa este dificilă şi neplăcută şi că aceste condiţii nu se vor modifica niciodată.

Beck (1967; 1973) şi Beck et. al. (1979) consideră că expectaţiile negative reprezintă o componentă fundamentală a depresiei pentru că depresivul nu îşi poate imagina faptul că în viitor vor avea loc evenimente pozitive.

Yapko (1985; 1989) consideră că bolnavul depresiv este copleşit de convingerea că starea sa, precum şi circumstanţele negative ale existenţei nu se vor schimba niciodată.

Datorită acestui fapt, psihoterapia trebuie să-şi propună să modifice stilul atribuţional al clientului, cel puţin din următoarele motive:

1. Există o relaţie directă între stilul atribuţional stabil şi motivaţia subiectului în direcţia schimbării. Un pacient depresiv care nu crede că schimbarea este posibilă nu va fi motivat pentru terapie.

2. De ce să continue un depresiv terapia dacă nu este nici un semn că starea sa s-a modificat? Istoria vieţii subiectului, precum şi tratamentele urmate nu au produs nici o schimbare şi nu au făcut decât să întărească stilul atribuţional stabil al subiectului.

Pe aceste observaţii se bazează utilizarea hipnozei încă de la începutul terapiei pentru construirea unor expectaţii pozitive în legătură cu posibilitatea schimbării (Yapko, 1988; 1992).

Este evident faptul că, dacă depresivul nu este orientat să-şi reprezinte în mod concret viitorul într-unul pozitiv şi realist, scad simţitor motivaţia şi probabilitatea participării subiectului la psihoterapie.

Hipnoza poate fi utilizată pentru a construi un sistem de expectaţii pozitive şi pentru a dezvolta la pacient un stil atribuţional flexibil. În cadrul inducţiei hipnotice simple, terapeutul va sugera clientului faptul că viaţa se poate modifica în sens pozitiv. Sugestiile posthipnotice vor fi apoi utilizate pentru a generaliza expectaţiile pozitive şi în alte zone ale existenţei subiectului, pentru că altfel stilul cognitiv concret al pacientului depresiv îl va determina pe acesta să-şi restrângă noile experienţe dobândite doar la situaţiile specifice asupra cărora s-a lucrat.

În continuare este prezentat procesul terapeutic de construire a expectaţiilor în timpul hipnoterapiei (Yapko, 1993, 345):

1. Identificarea orientării temporale dominante a subiectului (trecut, prezent, viitor).
2. Identificarea sistemului dominant de reprezentare a persoanei (vizual, auditiv, kinestezic).
3. Identificarea stilului cognitiv (concret sau abstract; global sau centrat pe detaliu).
4. Identificarea obiectivelor (la ce se referă expectaţiile subiecţilor).
5. Inducţia hipnotică; construirea unui set de răspunsuri în direcţia hipnozei.
6. Metafore menite să sugereze inevitabilitatea schimbării.
7 Accesarea unor informaţii de tranziţie care să-şi aibă rădăcinile în istoria vieţii pacientului.
8. Identificarea în trecutul subiectului a resurselor personale ale acestuia.
9. Identificarea unor situaţii viitoare care impun noi modalităţi de răspuns.
10. Identificarea resurselor psihice pozitive pentru a face faţă situaţiilor identificate.
11. Repetarea noilor secvenţe de răspuns în plan comportamental, cognitiv şi afectiv.
12. Generalizarea resurselor psihice pozitive şi la alte situaţii contextuale.
13. Sugestii posthipnotice pentru integrarea experienţei învăţate.
14. Reorientarea subiectului către starea de veghe.

Obiectivul terapiei constă în implementarea sugestiei că „viitorul nu va fi identic cu prezentul" şi că pacientul dispune de resursele psihologice pentru a depăşi dificultăţile curente.

Metoda utilizată constă în proiectarea pacientului în viitor (Erickson, 1954; Yapko, 1990). Această „progresie" în viitor are drept scop extinderea resurselor psihologice personale identificate în trecut asupra diverselor situaţii viitoare. Pacientul este încurajat să trăiască în stare de hipnoză experienţe pozitive care se vor petrece în viitor. În prima şedinţă de psihoterapie, modificările aşteptate trebuie prezentate doar în termeni generali:

„Ai descris disconfortul pe care îl simţi şi care te-a determinat să soliciţi ajutor şi ai spus că ai dori să te simţi altfel şi tu încă nu ştii că vei descoperi repede ceva ce ştii de mult... ştiai că dacă faci un lucru diferit, consecinţele vor fi diferite... Imaginează-ţi acum o călătorie în viitor... Te vezi pe tine însuţi diferit, mai puternic, mai stăpân pe tine, mai sigur, mai bine dispus... Revezi cu ochii minţii toate hotărârile pe care le-ai luat şi observi cum rezultatele acestora sunt pozitive... totul se termină cu bine... Este o mare bucurie să descoperi că eşti capabil să-ţi modifici după voinţă gândurile şi trăirile... Te simţi mândru de faptul că ai lucrat atât de mult asupra ta... Priveşti tot mai mult în viitor şi vezi multe, multe lucruri bune, multe schimbări pozitive... Descoperi tot mai multe moduri de a folosi cele învăţate, te dezvolţi tot mai mult, devii tot mai puternic, mai stăpân pe tine, mai încrezător, mai optimist".

Un alt obiectiv al orientării pacientului în viitor constă în sugerarea consecinţelor negative ale menţinerii modalităţilor curente de gândire şi simţire, cum ar fi, de pildă, trăirea ambivalenţei în raport cu schimbarea sau a imposibilităţii de a lua decizii pentru a se autoajutora.

Ţinând seama de ambivalenţa caracteristică personalităţii depresivului, provocarea în timpul hipnozei a unei experienţe negative poate „forţa pacientul să decidă că a sosit momentul schimbării".

„Progresia" de vârstă are la bază mecanismul sugestiv al „profeţiei autoîmplinite", contribuind la aducerea unor consecinţe viitoare în prezentul concret.

• *Rigiditatea perceptivă şi comportamentală a pacientului depresiv*

Rigiditatea perceptivă şi comportamentală a depresivului este legată de stilul atribuţional stabil, dar, în acelaşi timp, se deosebeşte de acesta.

Motivul pentru care episoadele depresive revin la aceeaşi persoană nu ţin doar de natura afecţiunii, ci şi de modul în care aceşti subiecţi reacţionează la schimbările din mediu. Individul care dispune de multe resurse interne de a răspunde flexibil la o mare diversitate a experienţelor de viaţă, făcându-le faţă cu bine, este mai puţin înclinat spre depresie. Dimpotrivă, subiectul care reacţionează în mod rigid, aplicând aceleaşi mecanisme adaptative la situaţii noi, are mai multe şanse de a fi lovit de viaţă şi, în funcţie de modul în care acesta învinuieşte soarta pentru cele întâmplate, să dezvolte o reacţie depresivă.

Rigidităţile la nivelul gândirii, sentimentelor sau comportamentului stau la baza tulburărilor psihice, în general, şi a depresiei, în mod special. De îndată ce terapeutul a sugerat posibilitatea schimbării, pacientul este mai deschis către modificări în perceperea propriei sale situaţii, acesta începând să spere că există modalităţi de a-şi rezolva problema prin intermediul terapiei. Cu ajutorul terapeuţilor, pacientul va fi capabil să întrevadă posibilitatea construirii unor alternative posibile.

Prezentăm mai jos procedeele hipnotice utilizate pentnu facilitarea schimbării (Yapko, 1993, 337):

1) inducţia hipnotică;
2) elaborarea unui set mental bazat pe receptivitate;
3) introducerea metaforelor care reflectă schimbarea;
4) utilizarea unor metafore care reflectă rigiditatea;
5) evidenţierea abilităţilor personale în direcţia schimbării;
6) identificarea resurselor adaptative în contextele curente şi viitoare;
7) extinderea resurselor existente asupra situaţiilor curente;
8) anticiparea şi integrarea resurselor adaptative;
9) sugestii posthipnotice pentru punerea automată în funcţiune a noilor modalităţi de comportament în contextele adecvate;
10) revenirea şi reorientarea către starea de veghe.

Mesajele sugestive administrate în hipnoză în vederea facilitării schimbării sunt următoarele:

„Sunt multe modalităţi de a atinge un obiectiv". „Dacă ai eşuat, încearcă o altă abordare".

„Renunţă la rutină şi caută răspunsul potrivit".

„Schimbarea este inevitabilă".

Hipnoza, prin ea însăşi, accentuează flexibilitatea mentală pentru că modelează această particularitate în cadrul relaţiei psihoterapeutice.

Sugestiile hipnotice adecvate în cazul depresiei trebuie să se adreseze structurilor cognitive ale subiectului. Acestea pot fi utilizate pentru a determina o persoană „blocată" să caute interpretări sau soluţii alternative. De asemenea, utilizarea metaforelor poate sugera în mod direct posibilitatea schimbării.

Metaforele se aplică în fazele incipiente ale terapiei şi au drept scop construirea atitudinii de acceptare a ideilor şi strategiilor legate de schimbare. Ele se referă la etapele de tranziţie din viaţă, în general, sau din cadrul istoriei personale a pacientului (Yapko, 1988).

Facilitatea flexibilităţii mentale reprezintă un obiectiv ce trebuie urmărit pe tot parcursul terapiei, clinicianul administrând mereu mesaje care să sugereze faptul că schimbarea este posibilă.

Prezentare de caz (Yapko, 1993, p. 348):

Roland, un bărbat în vârstă de 65 de ani, suferă de un episod depresiv invalidant. Pacientul acuză tulburări de somn, anxietate, gânduri cu conţinut negativ, tendinţă de retragere din faţa vieţii şi sentimente de tristeţe. Simptomele l-au împiedicat pe subiect să-şi continue activitatea ca inginer proiectant. Boala a debutat în urmă cu patru luni, după o operaţie de hernie. Înainte de intervenţie, Roland a avut dureri foarte mari pe care le-a interpretat într-un mod catastrofic, crezând că are cancer. Diagnosticul de hernie i-a produs o oarecare uşurare, dar acesta a început să se gândească la faptul că a îmbătrânit şi că hernia reprezintă primul semn de deteriorare a organismului. Pacientul a început să rumineze gânduri legate de starea sa de sănătate, interpretând fiecare senzaţie ca pe un semn de boală. Acesta a afirmat că depresia sa este intensă, blocantă şi incurabilă pentru că ştie că este bătrân şi deteriorat, că viaţa lui s-a terminat şi că nu are nici o perspectivă în viitor, în afară de degradare şi moarte.

Subiectul mai avea 6 săptămâni până să se poată pensiona, dar a fost incapabil să se întoarcă la lucru pentru a-şi completa vechimea necesară.

Roland a mai fost tratat de un psihiatru, care i-a prescris medicamente antidepresive, la care a reacţionat prost, şi de un psiholog, ce i-a recomandat să-şi exprime deschis sentimentele de ostilitate legate de faptul că a îmbătrânit. Această abordare l-a făcut să se simtă şi mai deprimat, motiv pentru care a renunţat la psihoterapie.

Starea sănătăţii fizice a subiectului era mult mai bună comparativ cu a altor persoane de aceeaşi vârstă, problema sa fiind ruminarea în plan cognitiv a unor gânduri negative, cât şi faptul că nu aştepta nimic pozitiv de la pensionare şi nu-şi făcea planuri de viitor.

Obiectivele psihoterapiei au fost următoarele:

1. Facilitarea unei orientări pozitive în raport cu viitorul (expectaţii pozitive pentru viitor).
2. Formarea unui stil atribuţional flexibil, schimbător în raport cu evenimentele de viaţă.
3. Construirea unui mod flexibil de abordare a vieţii cotidiene (lărgirea repertoriului de activităţi şi generarea unor preocupări noi, în care pacientul să se simtă implicat).
4. Facilitarea unei interacţiuni pozitive cu propriul corp în vederea stopării preocupărilor cu caracter hipocondriac.

5. Reconstruirea sentimentului valorii personale care să rezulte şi din alte activităţi în afară de muncă.

Psihoterapia a durat 13 şedinţe, dintre care 10 au fost concentrate în patru luni şi jumătate, iar ultimele trei s-au realizat după trei luni. Hipnoza s-a utilizat pe parcursul a nouă şedinţe de psihoterapie.

În prima şedinţă de terapie, hipnoza a fost indusă în scopul realizării relaxării fizice şi psihice.

Ideea de la care s-a pornit a reprezentat-o sugerarea indirectă că există şi alte experienţe care merită să fie trăite şi care nu ţin de logică sau de raţiune. Şedinţa de psihoterapie a urmărit ca pacientul să constate faptul că există şi alte lucruri care merită atenţie şi despre care el nu ştie, viziunea sa cu privire la lume şi la propria persoană având un caracter limitat.

Această abordare a contribuit la destabilizarea stilului său atribuţional, referitor la sine însuşi şi la viaţă, creând premisele apariţiei unei raze de speranţă.

De asemenea, focalizarea atenţiei asupra senzaţiilor agreabile specifice transei a sugerat ideea că subiectul poate să-şi perceapă corpul într-o manieră pozitivă.

La următoarea şedinţă de hipnoză s-a accentuat ideea că pacientul nu-şi controlează în totalitate propriul destin şi că există unele lucruri care sunt necontrolabile, dar care trebuie acceptate (vremea de afară, anotimpurile, etapele vieţii etc.).

Sugestiile administrate au avut drept obiectiv redirecţionarea tendinţei pacientului de a controla incontrolabilul. Această idee a fost întărită şi în cursul celei de-a treia şedinţe de hipnoză.

După aceste intervenţii, Roland a început să lucreze cu jumătate de normă, iar după două săptămâni, cu normă întreagă.

În continuare, terapeutul l-a ghidat pe pacient să exploreze în timpul transei şi să afle ce activităţi i-ar plăcea, indiferent de aşteptările celorlaţi faţă de el. Au fost administrate idei cu caracter metaforic în care era vorba de personalităţi publice care în viaţa particulară nu erau ceea ce păreau să fie.

Terapeutul a prezentat şi o metaforă menită să sugereze autoexplorarea în zone mai profunde ale psihismului. Metafora s-a referit la scufundătorii care explorează fundul oceanului, spre deosebire de înotători, care au doar o viziune de suprafaţă a acestuia. Această şedinţă de hipnoză l-a pregătit pe subiect să înveţe să reacţioneze la interesele şi preferinţele sale personale.

După a patra şedinţă de hipnoterapie, pacientul s-a înscris la un curs de filozofie şi a început să facă plimbări lungi pe plajă.

Obiectivul următoarei şedinţe de hipnoză a constat în întărirea schimbărilor în plan fizic pe care le-a observat subiectul. Acesta a afirmat faptul că som-

nul s-a ameliorat şi a pus acest lucru pe seama autohipnozei pe care a început s-o practice.

Sugestiile s-au focalizat asupra unor senzaţii agreabile, legate de perceperea corpului propriu, senzaţia plăcută a apei calde la duş, senzaţia agreabilă trăită atunci când corpul se întinde în pat etc. Terapeutul a urmărit să redefinească aceste senzaţii corporale ca fiind plăcute şi nu suspecte sau ameninţătoare. Sugestiile au mers de la sugerarea unor senzaţii externe către unele de natură internă (senzaţia care apare la extensia unor muşchi, senzaţia plăcută de foame, care precede o masă bună, senzaţia de oboseală agreabilă dinaintea somnului etc.).

Redefinirea senzaţiilor corporale a avut loc în cadrul celei de-a şaptea şedinţe de hipnoză, când terapeutul a continuat să întărească interesele exterioare ale pacientului. Astfel, acestuia i s-a sugerat să facă măcar un lucru spontan în fiecare zi, acesta alegând să se apropie de persoane străine cu care să intre în discuţii. Cu acest prilej, Roland şi-a redescoperit simţul umorului.

A noua şedinţă de hipnoză a fost dedicată asocierii ideii de pensionare cu sentimentul de libertate şi cu posibilitatea de a se ocupa de propriile sale probleme, care i se păreau ridicole sau banale atunci când lucra. Terapeutul a prezentat o serie de modalităţi de petrecere a timpului liber, etichetându-le ca fiind banale. Pacientul, aflat în transă, a reacţionat imediat, afirmând, pe un ton iritat, că activităţile respective nu pot fi considerate astfel pentru că cei care le practică se bucură de ele. În felul acesta, Roland şi-a apărat dreptul de a face ceea ce doreşte, în ciuda părerii celor din jur.

Acest element al terapiei a fost foarte important, pentru că l-a determinat pe pacient să nu mai acorde valoare lucrurilor sau situaţiilor doar în raport cu criteriul utilităţii.

În cadrul următoarei şedinţe de hipnoză i s-a cerut subiectului să revadă în plan imaginativ toate schimbările pe care le-a trăit de când a început psihoterapia: normalizarea somnului, reîntoarcerea la lucru pentru completarea vechimii şi apoi pensionarea în condiţii normale, practicarea regulată a unui program de exerciţii fizice, stabilirea unor contacte sociale cu alte persoane, dezvoltarea spontaneităţii şi angajarea în alte tipuri de activităţi decât cele desfăşurate până la momentul respectiv.

Au fost administrate sugestii posthipnotice pentru întărirea elementelor învăţate şi pentru actualizarea abilităţilor dobândite la momentul oportun.

Toate aceste obiective au fost îndeplinite în cursul celei de-a zecea şedinţe de psihoterapie.

Şedinţele de psihoterapie care au urmat şi care au avut loc lunar au urmărit întărirea achiziţiilor dobândite.

După un an, interviul clinic a evidenţiat menţinerea succeselor obţinute în urma psihoterapiei.

În acest caz, hipnoza a fost utilizată pentru a genera şi a întări anumite comportamente adaptative învăţate şi pentru a stabili noi asociaţii în avantajul pacientului.

Hipnoza a jucat un rol foarte important în mobilizarea resurselor latente ale pacientului în direcţia unor schimbări pozitive şi de durată în sfera comportamentului.

Strategiile terapeutice au atacat cele două mari atitudini specifice comportamentului depresiv: lipsa de speranţă şi neajutorarea.

Yapko (1993) subliniază că hipnoza nu este curativă prin ea însăşi, ci prin faptul că stimulează asociaţii şi modificări pozitive în plan cognitiv, afectiv şi comportamental.

Din acest motiv, hipnoza poate fi utilizată cu succes în corectarea distorsiunilor cognitive şi în modificarea comportamentului.

În cazul lui Roland este vorba de suprageneralizare: un episod tranzitoriu – intervenţia chirurgicală pentru hernie – va atrage după sine un lanţ de catastrofe.

Mai ales primele două şedinţe de psihoterapie au urmărit să-i sugereze pacientului faptul că unele circumstanţe negative au un caracter tranzitoriu. În felul acesta, a fost trezită speranţa clientului şi motivaţia participării la tratament, hipnoza fiind utilizată astfel pentru a corecta erorile la nivelul stilului de gândire.

Comentând cazul prezentat, autorul (Yapko, 1993) consideră că hipnoza reprezintă mai curând un catalizator pentru a comunica subiectului sugestiile terapeutice şi pentru a facilita trăirea unor noi experienţe pozitive.

Prezentăm, în cele ce urmează, un alt studiu de caz, adaptat după Yapko (2001).

Mike, un profesor în vârstă de 34 de ani, a mai consultat o serie de terapeuţi înainte de a realiza şedinţa de hipnoză cu autorul. Acesta nu avea nici un fel de experienţă anterioară în ceea ce priveşte hipnoza.

Interviul clinic	*Comentarii şi analiză*
Terapeutul: Bună ziua. Cum te numeşti? Cu ce aş putea să te ajut?	Se observă orientarea spre trecut, specifică depresivilor.
Mike: Mă cheamă Mike şi de mai mult timp port cu mine o povară de sentimente negative ... povară care mă afectează în viaţa de zi cu zi. Nu-mi place să am timp liber ... mereu îmi	

aduc aminte de lucrurile care s-au petrecut mai demult ...
T: Povară de sentimente negative? Ce vrei să spui cu asta?
M: Ce simt? Sau de unde a apărut asta ...? Sau ...
T: Tot ce crezi că este important.
M: (râde forțat) ... durează de 34 de ani ... un eveniment negativ după altul ... tot felul de necazuri. Cred că multe vin de la tatăl meu.

Am avut multe probleme în copilărie ... am primit palme ... pumni ... m-au făcut în toate felurile. Am fugit de multe ori de acasă ... am stat la o mătușă ... la internat ...
T: Ai un trecut cam încărcat de evenimente. Aș dori să știu cum ți-a afectat acest trecut alegerile pe care le faci astăzi?
M: Nu prea știu exact încotro să o iau ... mereu îmi vin în minte evenimentele trecute ... Parcă aș fi prins într-o capcană din care nu pot ieși.

T: Prins în capcană? Ce te împiedică asta să faci?

M: Mă împiedică să funcționez majoritatea timpului ... parcă am o greutate care mă trage în jos ... sunt căsătorit ...

Se solicită definirea termenilor.

Terapeutul este interesat de modul în care clientul își evaluează trecutul și simptomele, precum și de tipul său de atribuire. Clientul are un stil atribuțional global și o gândire de tip dihotomic (întreaga viață a fost rea).
Un obiectiv al interviului va fi sugerarea faptului că viața nici unei persoane nu este numai bună sau numai rea. Mike prezintă și un mod de atribuire externalist, dând vina pe tatăl său, fapt ce îi creează un sentiment de victimizare.
Clientul relatează o istorie a vieții plină de abuzuri fizice, emoționale și verbale. Se constată lipsa unei încărcături emoționale, ceea ce evidențiază faptul că pacientul și-a povestit istoria de multe ori.
Terapeutul dorește să afle în ce măsură incapacitatea de a compartimenta trecutul îi afectează prezentul.

Clientul spune în mod explicit că atunci când se confruntă cu ambiguitatea (incertitudinea), utilizează trecutul ca sistem de referință și nu orientarea către scop. Aceasta din urmă va reprezenta un obiectiv terapeutic. Trecutul nu reprezintă un cadru bun de abordare a viitorului, de aici și sentimentul clientului de a fi prins în capcană.
Care este obiectivul terapeutic al lui Mike? Ce ar face el mai bine dacă nu ar fi prins în capcană?
Clientul dorește pur și simplu să funcționeze la nivel normal în viața de zi cu zi. El simte că depresia lui îi afectează

am doi copii și starea asta pare să îi afecteze și pe ei ... apare între noi o distanță emoțională, înțelegeți, nu-i așa?
T: Cum izbutesc experiențele tale trecute să creeze o distanță emoțională între tine și familia ta?

M: Atunci când vorbesc cu oamenii observ expresiile feței lor, cuvinte ... mirosuri sau orice altceva și mi se pare că sunt ca niște imagini, ca niște diapozitive care se declanșează atunci când cineva spune ceva, orice și apoi ... pentru mult timp, parcă sunt pe altă lume ... mă gândesc ...

T: Te gândești ... la ce anume?

M: La tot felul de lucruri trecute care mă tulbură. Poate că ar fi trebuit să gândesc altfel, nu-i așa?
T: Îți spui tot felul de lucruri în gând?

M: Mă simt prizonierul acestei situații. Mă critic mereu și mă îndoiesc de mine.
T: Mereu îți trec prin minte comentarii negative despre tine, despre modul în care realizezi lucrurile?

M: Mereu.

T: Și totdeauna le acorzi atenție?

M: De foarte multe ori. Nu pot spune că tot timpul; cred că majoritatea timpului.

familia. Depresia și retragerea sa reprezintă un factor de risc pentru familie, și acest element trebuie să fie abordat în cursul terapiei.
Întrebând „cum“ și nu „de ce?“, terapeutul își propune să întrerupă sau să modifice o secvență de comportament, aplecarea spre trecut și încercarea de a găsi cauzele stării actuale.
Clientul descrie faptul că are imagini de tip „flash-back“ care îl deconectează de persoanele prezente. Este vorba de o orientare internă specifică depresivilor și persoanelor traumatizate și care va deveni un obiectiv al terapiei. Subiectul se află într-o stare de autohipnoză cu conținut negativ. În acest moment, terapeutul decide să utilizeze capabilitățile hipnotice ale clientului pentru a-l redirecționa pozitiv.
Terapeutul își propune să verifice nivelul ruminărilor cu conținut depresiv.
Clientul repetă la nesfârșit evenimente din trecut.

Terapeutul definește o secvență pe care își propune să o întrerupă printr-o intervenție terapeutică.
Clientul descrie modul în care este absorbit de ruminații interioare negative, realizează o autohipnoză cu conținut negativ.
Terapeutul dorește să verifice cât de persistente sunt ruminațiile negative pe care le va viza în cadrul intervenției terapeutice.
Clientul afirmă faptul că ruminațiile sale au un caracter omniprezent.
Întrebarea sugerează ideea că există posibilitatea ca cineva să nu acorde atenție ruminațiilor negative.
Clientul modifică afirmația „totdeauna“ cu „de cele mai multe ori“, redefinire care poate fi semnificativă.

T: De unde ştii că merită să asculţi „vocea ta interioară“?

M (capul plecat, pauză lungă): Nu ştiu.

T: Ţi s-a întâmplat vreodată să descoperi că unele lucruri care se învârtesc în mintea ta nu îţi sunt de folos şi că nu merită să te concentrezi asupra lor?
M: Ei bine, au existat şi momente când am gândit aşa despre ce a spus cineva ... când am crezut că nu merită să dau atenţie la toate acestea.
T: Şi chiar ai făcut aşa?

M: Da, uneori, dar mi se pare că vorbele pot lovi mai puternic decât pumnii.

T: Dar dacă eu te-aş critica, de unde ai şti dacă trebuie să iei în serios spusele mele sau să nu le dai atenţie?

M: Eu iau în serios tot felul de lucruri. Poate fi şi o glumă, dar eu am tendinţa de a o lua în serios.
T: Bine, dar eu te întreb de unde ştii că trebuie să iei lucrurile în serios?

M: (capul plecat, pauză lungă) Nu ştiu.

T: Mi se pare că ar fi foarte bine pentru tine să dezvolţi nişte mecanisme interne care să-ţi permită să decizi când

Terapeutul evaluează dacă pacientul dispune de o strategie de discriminare internă sau aplică aceeaşi măsură pentru toate situaţiile, ascultând pasiv „vocea“ sa interioară.
Terapeutul identifică un deficit experienţial al clientului, şi anume incapacitatea de a face distincţia între ceea ce merită atenţie şi ceea ce nu merită.
Terapeutul caută excepţii de la acest mod rigid de gândire, pentru a construi o strategie orientată pe soluţie.

Clientul afirmă că există şi perioade când se poate elibera din capcana negativităţii.

Se investighează dacă afirmaţia are o bază suficient de solidă.
Pacientul afirmă că strategia nu funcţionează şi reia într-o altă formă relatarea durerii legate de faptul că s-a abuzat de el.
Pacientul a afirmat că dacă sursa criticii este interioară (el însuşi) se simte lipsit de apărare. Terapeutul doreşte să testeze şi dacă se întâmplă acelaşi lucru cu o sursă externă de critică.
Clientul reacţionează foarte puternic la orice stimul negativ perceput, chiar dacă este vorba de o glumă.
Prin intermediul întrebării, terapeutul avansează ideea că modelul de reactivitate crescut provine din acceptarea pasivă a negativului şi că ar fi momentul să lupte activ împotriva acestuia.
Clientul îşi reafirmă deficitul experienţial, care va reprezenta un obiectiv pentru intervenţie.
Terapeutul fixează un obiectiv, şi anume dezvoltarea unei deprinderi (abilităţi) care să fie în avantajul pacientului. Prin

merită să acorzi atenţie la ceva şi când nu.
Ai putea să-i întrebi şi pe alţii cum se raportează la vocea lor interioară care îi critică mereu. La mine la cabinet vine foarte multă lume şi dacă întreb cine are o părere bună despre sine, unii îmi vor spune că au ... e drept, nu sunt prea multe persoane. Când îi întreb pe aceştia din urmă dacă nu au o „voce interioară“ care îi critică, ei spun că nu o ascultă, nu-i dau atenţie.
Atunci când întreb în continuare cum procedează ei, răspunsurile sunt diferite, şi asta înseamnă că ei utilizează diverse strategii.
O persoană mi-a spus că face în aşa fel încât „vocea“ să sune mai încet, alta îşi imaginează că ea provine de la un câine care latră şi care este legat de un pom, închipuindu-şi că se depărtează de acel câine în timp ce un alt subiect mi-a relatat faptul că mai are o altă voce interioară care îi spune lucruri bune despre el.
Interesant că toţi oamenii au acel critic interior, diferenţa fiind că unii ascultă vocea interioară, iar alţii nu. Am învăţat foarte multe lucruri de la pacienţii mei. Problema este să ai un mecanism interior care să-ţi atragă atenţia când nu trebuie să asculţi vocea respectivă ... spunându-ţi în gând că ea nu oferă nimic bun, ci doar te face să rămâi prizonier în capcană.
Fără acest mecanism vei fi totdeauna prizonierul vocii respective care nu face decât să-ţi spună lucruri negative.
M: Aveţi dreptate.
T: Ce ar fi dacă vocea interioară ţi-ar spune: „Mike, eşti extraordinar! Eşti

intermediul unei metafore se sugerează ideea că simplul fapt că cineva are un dialog interior cu conţinut negativ nu înseamnă că persoana respectivă trebuie să-i dea atenţie, să-l amplifice sau să creadă în ceea ce îşi spune în gând.
Afirmaţia că toţi oamenii au „un critic interior“ contribuie la „depatologizarea“ acestui mecanism, precum şi la motivarea pacientului să-şi formeze anumite mecanisme de a face faţă situaţiei, în loc să lupte cu o boală.
Prezentarea strategiilor altor persoane îl va încuraja pe subiect să-şi găsească propria sa strategie.
Terapeutul sugerează şi ideea că trebuie luptat în mod activ împotriva „criticului interior“.
Este reluată sugestia necesităţii formării unor deprinderi (mecanisme interioare) pentru a nega sau ignora „criticul interior“.

Terapeutul utilizează umorul pentru a sublinia faptul că oamenii cu stimă de

cel mai bun! Eşti norocos să fii tu însuţi!“
Desigur, nu toţi oamenii care se simt bine procedează aşa, dar îţi propun un obiectiv, şi anume să-ţi construieşti un mecanism care să te ajute să nu asculţi „vocea interioară“ atunci când nu doreşti să o faci. Noi nu putem modifica lumea externă, dar putem schimba ceea ce este în mintea noastră.
M: De acord.
T: Atunci când îţi vin în minte imagini (amintiri) sau gânduri legate de evenimentele trecute negative, poţi să te concentrezi sau nu asupra lor. Te rog să-mi povesteşti despre perioadele când te-ai concentrat asupra gândurilor şi imaginilor negative şi despre perioadele când nu ai făcut-o, descriindu-mi ce s-a întâmplat.
M: Atunci când m-am concentrat asupra lor, ele s-au accentuat … am devenit tot mai trist … chiar mi-a venit să plâng … am pierdut mult timp la serviciu.
În perioadele mai bune am încercat să-mi spun că acele gânduri nu sunt adevărate …, dar ştiţi că nu este uşor să-ţi spui „uită-le, dă-le la o parte pentru că nu sunt adevărate …“

T: Da, nu este uşor, dar este vorba de o deprindere pe care merită să ţi-o dezvolţi. E bine să devii expert în lupta cu gândurile negative … să nu le laşi să te subjuge … să încetezi să acţionezi ca un magnet care le atrage permanent. Sunt multe metode de a realiza acest lucru. Ai practicat până acum vreo tehnică de focalizare a atenţiei: relaxare, hipnoză, imaginaţie dirijată?
M: Nu.

sine ridicată nu îşi spun în gând lucruri ridicole, autoflatându-se, ci îşi formează mecanisme pentru ignorarea sau negarea aspectelor negative.
Terapeutul îi propune un obiectiv pentru focalizarea terapiei şi construirea unor expectaţii în direcţia schimbării.

Clientul acceptă ideea.

Clientul descrie faptul că o focalizare asupra unor gânduri produce amplificarea acestora.

Clientul descrie experienţele sale personale care i-au demonstrat că atunci când luptă împotriva negativităţii se simte mai bine. El subliniază faptul că nu reuşeşte să realizeze acest lucru în mod constant şi, de regulă, eşuează.
Terapeutul subliniază ideea că nu este uşor să te eliberezi de critică şi negativitate şi motivează clientul să-şi dezvolte astfel de abilităţi.
Introduce ideea că una dintre metodele de formare a unor astfel de mecanisme este hipnoza.

Clientul nu are o experienţă anterioară referitoare la hipnoză.

T: Ar putea fi o experienţă interesantă pentru tine să te laşi absorbit de diverse stiluri de gândire şi, dacă eşti de acord, putem face asta împreună.

M: De acord.
T: Simţi că este în regulă pentru tine să lucrăm aşa?
M: Da.
T: Bine. Eu îţi voi vorbi despre diferite lucruri, îţi voi prezenta diverse idei … diverse posibilităţi …, iar tu nu trebuie să faci nimic deosebit, dar ceea ce cred eu că se va întâmpla este că ascultându-mă, tu vei fi tot mai absorbit de spusele mele şi că acestea îţi vor deschide noi posibilităţi … te vor ajuta să descoperi noi modalităţi de a reacţiona … pentru că nu lumea exterioară este cea care trebuie schimbată, ci modul nostru de a reacţiona la ea.
Dacă eşti de acord, aşază-te comod pe fotoliu şi eu îţi voi vorbi despre ideea de focalizare a atenţiei.

Hipnoza este definită ca un proces de absorbţie asemănător cu ceea ce face subiectul, dar focalizându-se pe aspecte negative.
I se cere aprobarea pentru a utiliza tehnica respectivă.

Terapeutul solicită încă o dată acordul clientului.

Terapeutul îi explică ceea ce va face pentru ca pacientul să ştie la ce să se aştepte. Se stabileşte obiectivul terapiei, şi anume apariţia unor noi posibilităţi, formarea unor noi modalităţi de răspuns.

Obiectivele terapiei în acest caz au fost următoarele (Yapko, 2001, p. 133):

1. Stabilirea raportului şi alianţei terapeutice.
2. Modificarea punctului de vedere al pacientului („este trecutul meu care …“) şi stabilirea unui obiectiv („este nevoie de o abilitate care să îi permită să ignore feed-back-urile negative“).
3. Încurajarea clientului să dezvolte o strategie discriminatorie („ce merită să ascultăm şi ce nu“).
4. În perioadele de incertitudine, clientul trebuie încurajat să se concentreze asupra posibilităţilor viitoare şi nu asupra abuzurilor din trecut, atunci când doreşte să ia o decizie.
5. Restabilirea relaţiei clientului cu familia sa, încurajându-l pe acesta să se raporteze pozitiv faţă de membrii familiei sale şi focalizarea asupra ideii că familia reprezintă pentru el o sursă reală de optimism şi mândrie.

6. Introducerea hipnozei şi a altor metode de focalizare a atenţiei într-o manieră non-ameninţătoare, încurajându-l pe pacient să dezvolte şi în perspectivă astfel de tehnici de management al simptomelor şi de evoluţie personală.

7. Combaterea gândirii negative prin modificarea stilului dihotomic de a gândi, precum şi a personalizării.

Inducţia hipnotică

T: Aşază-te într-o poziţie comodă … cât mai comodă. E bine aşa. Lasă ochii să se închidă … inspiră şi expiră adânc … şi orientează-ţi atenţia către interior … lasă-te absorbit … ca atunci când te orientezi spre trecut şi te laşi absorbit de toate experienţele negative … eşti atât de absorbit încât nu mai întrezăreşti alte moduri de gândire … alte moduri de a simţi …, dar este ceva bun în această experienţă … pentru că stând liniştit şi relaxat … orientat spre interior … vei avea posibilitatea de a explora alte zone ale personalităţii tale … altele decât experienţele trecute … şi vei realiza treptat că tu reprezinţi mai mult decât trecutul tău … şi această idee apare în momente diferite … în locuri diferite … pentru că eu te voi încuraja să începi să gândeşti diferit despre tine … să observi părţile tale tari … abilităţile care te-au ajutat să faci faţă … să-ţi construieşti viaţa … să-ţi faci o familie … o carieră … să realizezi atâtea lucruri … atâtea lucruri frumoase.

Te voi invita acum să depăşeşti experienţa ta obişnuită şi să afli câteva lucruri importante … vei constata faptul că experienţele tale interioare sunt modificabile … vei observa că respiraţia ta devine tot mai lentă … tot mai liniştită … muşchii se relaxează tot mai mult … tot mai mult … mintea ta încetează să mai vagabondeze … şi treptat, treptat … te descoperi pe tine însuţi … descoperi locurile şi lucrurile care te fac să te simţi bine … îţi aminteşti de lucrurile bune … de oamenii buni pe care i-ai întâlnit de-a lungul timpului … îţi aminteşti lucrurile mărunte … care te-au făcut să te simţi bine … şi înţelegi

Terapeutul începe inducţia hipnotică printr-o abordare de tip conversaţional.

Se evidenţiază modul în care pacientul a utilizat absorbţia pentru a rămâne cantonat în capcana trecutului şi se sugerează faptul că acelaşi proces de absorbţie poate fi folosit şi pentru a merge înainte. (Se aplică principiul „utilizării".)

Se sugerează faptul că prin intermediul acestui proces clientul va descoperi lucruri noi.

Se sugerează ideea că pacientul reprezintă mult mai mult decât trecutul său.

Terapeutul pune accent pe punctele „tari" ale clientului.

Terapeutul încurajează un stil atribuţional flexibil, sugerând ideea că experienţele subiective sunt modificabile.

Este combătută ideea că întreaga viaţă a pacientului a fost rea prin evocarea unor experienţe pozitive pe care acesta le-a neglijat.

Pacientul este încurajat să nu se mai raporteze la trecut.

tot mai profund ce am vrut să spun atunci când ţi-am zis că tu reprezinţi mult mai mult decât trecutul care te tulbură …

Conştientizezi tot mai mult că ai obiective … scopuri … întrevezi modalitatea în care lucrurile ar putea să se modifice … întrevezi noi posibilităţi de a te relaţiona cu soţia ta … cu copiii … modalităţi de a lega noi prietenii … Devii tot mai conştient că lucrurile pe care ţi le spui în gând pot să te facă să te simţi diferit … şi pe măsură ce te relaxezi, constaţi că poţi lăsa în urmă amintirile trecute care te tulbură … observi că ele încetează să te mai atingă, se depărtează … rămân în urmă şi te simţi tot mai bine … din ce în ce mai bine.

Fiecare om posedă o voce interioară care îl critică, dar interesant este faptul că unii reuşesc să o ignore … să nu îi acorde atenţie … Sunt multe lucruri pe care le-ai realizat şi pe care nu ai fi putut să le prevezi bazându-te pe trecutul tău … pentru că noi nu putem prevedea totul … acum 100 de ani zborurile cosmice … evoluţia calculatoarelor …

Ceea ce aş dori să-ţi spun este că pentru tine a prevedea viitorul pe baza trecutului devine un demers tot mai dificil, tot mai incomod … pentru că tu începi să te gândeşti la viitor în alţi termeni … începi să umpli viitorul cu alte imagini plăcute … cu alte gânduri pozitive … altele decât cele trecute … pentru că tu reprezinţi mai mult decât trecutul tău … iar între ceea ce ai trăit şi ceea ce trăieşti în prezent sau în viitor se construieşte un zid … un zid care separă experienţele trecute de cele actuale … pe cele actuale de cele viitoare …

Eu ştiu că lucrurile care te-au afectat în trecut vor avea o influenţă tot mai redusă asupra deciziilor tale prezente … asupra celor viitoare …

Aş dori să observi că respiraţia ta devine tot mai calmă, tot mai liniştită … musculatura este tot mai relaxată … pe măsură ce te laşi absorbit către interiorul fiinţei tale … ştii că poţi

Se sugerează orientarea către viitor şi stabilirea unor relaţii pozitive cu familia.

Se sugerează şi dezvoltarea altor relaţii pozitive pentru formarea unor relaţii suportive.

Se încurajează şi constituirea unor raporturi pozitive ale clientului cu sine însuşi.

Se introduce sugestia că trecutul nu este un predictor exact pentru viitor, întărindu-se orientarea subiectului în direcţia viitorului.

Metaforă care sugerează faptul că trecutul nu conduce la prevederea viitorului.

Se sugerează focalizarea asupra viitorului.

Imaginea zidului îi sugerează pacientului ideea compartimentării experienţelor.

Clientului i se sugerează să se bazeze tot mai puţin pe trecut.

Sugestii de adâncire a transei, sugerându-se faptul că subiectul se lasă tot mai mult absorbit de experienţele interne pozitive,

pătrunde în interiorul tău unde vei găsi experiențe interesante ... experiențe plăcute ... simple ... ca atunci când realizezi un lucru interesant și neașteptat ... care te face să-ți dai seama că ești capabil să trăiești experiențe noi ... să percepi lucrurile în mod diferit ... să încerci noi sentimente plăcute ...

Și, încet, dar sigur, construiești un zid între ceea ce a fost și ceea ce este sau va fi ... descoperind noi posibilități pentru viitor, noi drumuri de urmat ... noi soluții ... pentru că evenimentele viitoare nu au avut încă loc ..., dar tu ești convins de faptul că ele vor fi pozitive ... pentru că ai tot mai multă încredere în tine ... tot mai multă încredere în forțele tale ... pentru că, deși lumea nu este sigură, nu este previzibilă ... tu ai încredere că poți modifica experiențele tale interioare ... poți obține acea intuiție care îți spune că cea mai bună modalitate de a prevedea viitorul este de a-l crea ... și prin tot ce faci ... prin toate interacțiunile tale cu familia ... prin tot ceea ce faci la serviciu ... constați că poți face lucrurile mai bine ... poți descoperi ceea ce este bine pentru tine ... Pe măsură ce te relaxezi tot mai mult, vei integra cele spuse de mine ... le vei înțelege mai profund ... le vei folosi în avantajul tău ... pentru că îți vei aminti că există mai multe moduri de a răspunde vocilor care evocă trecutul ... poți să le faci să sune mai încet ca și cum ai manevra un buton al unui aparat de radio ... sau poți să suprapui peste ele o voce care te încurajează ... o melodie sau poți utiliza orice altă strategie ... pentru că ție îți este clar că nu trebuie să asculți vocea interioară ... Acordă-ți atâta timp cât dorești pentru a lucra asupra gândurilor ... trăirilor ... reacțiilor tale ... asupra celor învățate împreună ... și atunci când vei considera că a sosit momentul ... reorientează-te aici și acum ... și lasă ochii tăi să se deschidă ..."

altele decât cele negative de care a fost absorbit în trecut.

Sugerarea ideii că, deși realitatea nu este total previzibilă, clientul îi va face față cu bine pentru că are încredere în forțele proprii, în disponibilitățile sale interioare latente, care îi vor permite să rezolve în mod spontan și pozitiv problemele care apar.

Sugerarea activismului pacientului în construirea propriei sale realități.
Sugerarea procesării terapeutice asupra sugestiilor administrate.
Sugestii posthipnotice pentru a utiliza o strategie care să-i permită să reacționeze diferit la reamintirea evenimentelor traumatice și la cele spuse de „criticul interior".

Matei, în vârstă de 39 de ani, conducător auto, se complace de mai mulți ani într-o stare depresivă provocată de moartea tatălui său la care nu și-a trăit reacțiile specifice situației de doliu. Anamneza scoate la iveală o serie de conflicte mai vechi avute cu tatăl său, conflicte exprimate în imagini dureroase.

Terapeutul a aplicat regresia de vârstă hipnotică prin intermediul căreia pacientul a reușit să înțeleagă mai bine natura conflictelor timpurii și să-și trăiască în plan mental reacțiile de doliu.

Procesarea terapeutică a situației de doliu nu a fost suficientă pentru a-l scoate complet din depresie. Deși povara trecutului nu îl mai apăsa atât de mult, pacientul nu dispunea de repere pentru situația actuală.

Soția sa, o persoană puternică și ponderată, menținea echilibrul familiei, în timp ce relația lor intimă era aproape inexistentă. Matei se plângea de faptul că ceva neclar îl inhibă și îl constrânge. Stările de anxietate, oboseală și tristețe se manifestau mai ales acasă când se întorcea din cursă. Cu toate acestea, interviul și observația clinică au evidențiat faptul că pacientul dispunea de forța interioară pentru a-și depăși dificultățile. Atunci când acestea deveneau prea accentuate, pacientul se izola și declanșa, în mod paradoxal, o puternică activitate de ruminare interioară și întărire negativă a stărilor proaste.

Tehnica imaginării hipnotice s-a axat pe ideea talentului de conducător auto al pacientului:

„Mulți oameni pot conduce eficient o mașină, executând în mod automat o serie de operațiuni complicate. Ei pot conduce ascultând radioul, discutând cu pasagerii; se gândesc la ceea ce vor face când vor ajunge la destinație, fiind atenți la trafic, la semnele de circulație, la semafoare, fără a face vreun efort. Se poate conduce foarte bine mașina fără să ne dăm seama de vehiculele pe care le-am depășit sau care au venit din față. Gesturile realizate în timpul conducerii sunt automate și integrate într-un ansamblu după o învățare prealabilă. Încrederea în aceste mecanisme este cea care asigură succesul conducătorului auto. Lucrurile bine învățate și integrate vor fi utilizate ori de câte ori în trafic se ivesc probleme. Dacă vei mai avea dificultăți, necazuri, probleme, e de-ajuns să ții bine volanul în mână pentru a-ți regăsi încrederea în sine."

În cursul ședinței viitoare, terapeutul l-a întrebat pe pacient dacă a trebuit să țină volanul în mână și acasă; pacientul a răspuns negativ, dar a afirmat că a reflectat asupra acestui lucru.

Începând din acel moment, pacientul a început să se implice mai mult în viața de familie, să iasă cu soția în oraș, să invite prieteni etc. În felul acesta, Matei și-a regăsit treptat drumul pe „șoseaua" existenței.

Maria, casnică, în vârstă de 32 de ani, a pierdut o sarcină la 5 luni. Sarcina era dorită și mult așteptată. Pacienta a avut de mai mult timp contracții

dureroase care nu au fost luate în seamă de medicul ce o supraveghea. Pacienta a simţit că nu a fost ascultată, apoi a trăit o reacţie de furie când medicul care a asistat avortul spontan i-a numit pe cei doi gemeni morţi „produse de expulzare".

În continuare, pacienta a trăit stări de furie şi depresie, cu reacţii agresive faţă de cei doi medici.

Demersul terapeutic a avut ca obiectiv s-o determine pe pacientă să-şi asume decesul copilului, să-i dea un nume, să-i facă un ritual de înmormântare şi să trăiască reacţia de doliu. Botezul simbolic şi înscrierea numelui pe monumentul funerar au reprezentat sarcini cu caracter terapeutic.

Hipnoza a fost utilizată pentru a retrăi momentele „naşterii" şi morţii copilului cu ajutorul tehnicii distorsionării timpului. S-a aplicat şi tehnica disocierii pentru a o ajuta să se detaşeze de ostilitatea acumulată faţă de medici şi pentru a trăi în plan emoţional stările afective legate de realitatea decesului.

Sugestiile şi hipnoza în prevenirea depresiei

Yapko (2001) consideră că probabilitatea ca depresia să se producă creşte dacă subiecţii nu sunt pregătiţi să facă faţă cerinţelor vieţii.

Pentru prevenirea apariţiei depresiei sau a recăderilor, terapeutul va trebui să-l ajute pe client să-şi formeze o serie de abilităţi de autoreglare psihică, dintre care menţionăm (Yapko, 2001, p. 151):

- Recunoaşterea şi tolerarea ambiguităţii.
- Realizarea distincţiei dintre fapte şi inferenţe (supoziţii, concluzii trase artificial).
- Dobândirea controlului asupra impulsurilor, precum şi asupra modului de gândire cauză-efect.
- Construirea mai multor puncte de vedere asupra unei probleme.
- Acceptarea şi utilizarea unicităţii fiecărei persoane în parte.
- Managementul şi prevenirea stresului.
- Construirea şi menţinerea unor relaţii armonioase,
- Orientarea în direcţia acţiunii.
- Focalizarea pe soluţie şi pe rezolvarea de probleme.
- Sesizarea unor diferenţe contextuale şi adaptarea în consecinţă.
- Dezvoltarea flexibilităţii, creativităţii, a capacităţii de a alege şi a capacităţii de discriminare.

Prezentăm în continuare un model de şedinţă de hipnoză al cărei obiectiv este prevenţia (Yapko, 2001, p. 153):

„Te rog să iei o poziţie comodă şi să destinzi tot corpul ... o poziţie în care poţi rămâne un timp fără efort, în care te simţi foarte bine ... relaxat ... liniştit ..., dar în acelaşi timp suficient de atent pentru a te putea concentra asupra lucrurilor pe care ţi le voi spune ... lăsându-te absorbit de semnificaţia acestora ... înţelegând cele spuse în termenii experienţei tale ...

Atunci când vei fi gata să te concentrezi spre interior ... inspiră şi expiră adânc ... calm ... relaxat ... lent ... simţi cum inspiri şi expiri lent ... profund şi te relaxezi din ce în ce mai mult ... tot mai mult ... te relaxezi tot mai mult ... chiar fără să-ţi dai seama ... Eu ştiu şi tu ştii că este foarte uşor să te laşi prins de viaţa de zi cu zi ... pentru că sunt foarte multe obligaţii de îndeplinit ... ai învăţat deja că dacă nu îţi acorzi un timp pentru tine însuţi ... vei deveni stresat ... şi solicitările vor fi o povară pentru tine ... te vei simţi depăşit de viaţă ..., dar tu ai găsit deja o soluţie ... sau mai multe soluţii ... mai multe strategii pentru a-ţi controla viaţa ... Ai învăţat că poţi să îţi acorzi un timp pentru tine ... pentru a te linişti ... pentru a-ţi analiza gândurile ... pentru a găsi soluţii ... Ai învăţat că nu trebuie să te laşi copleşit de trecut ..., ci că trebuie să te îndrepţi spre viitor ... ai învăţat să gândeşti ... să găseşti o cale pentru ca cele dorite să se realizeze ... ai învăţat care sunt paşii pe care trebuie să-i urmezi pentru ca acele lucruri bune şi frumoase să devină realitate pentru tine ... Ai învăţat că este vital să acţionezi ... nu doar să gândeşti ... nu doar să contempli ... nu doar să analizezi ... pentru că adesea ajungi la o răscruce în care trebuie să te hotărăşti să alegi o cale ... să experimentezi un nou comportament ... nu orice tip de comportament ..., ci unul la care te-ai gândit bine ... pe care l-ai planificat sau pe care l-ai observat la alţii care au obţinut succes ... Continui să analizezi toate posibilităţile ... să te opreşti asupra soluţiilor realiste ... Ai învăţat să faci diferenţa dintre ceea ce este adevărat şi ceea ce reprezintă o interpretare subiectivă pe care o faci ... devii tot mai experimentat în căutarea adevărului ... în adresarea de întrebări ... în culegerea de informaţii relevante ... pe care le utilizezi în luarea deciziilor ... Există multe deprinderi de care ai nevoie pentru a duce o viaţă bună ... tu ţi le însuşeşti ... le perfecţionezi şi te simţi mândru de asta ... Ţi-ai însuşit noi deprinderi de a gândi ... de a te relaţiona cu ceilalţi ... deprinderi de autocunoaştere ... ai învăţat să te autoapreciezi ... Eşti constituit din mai multe părţi diferite şi poţi acum să apreciezi că fiecare parte a personalităţii tale are o anumită valoare ... şi este bine să ştii ce parte a personalităţii tale doreşte să lucreze ... şi care să se distreze ... care doreşte să fie singură şi care preferă să fie împreună cu ceilalţi ... care parte a personalităţii tale doreşte să fie pasivă şi care activă ... părţi ale eului tău care doresc ca lucrurile să fie complicate ... părţi care presupun gândire ... părţi compuse din sentimente ... părţi care se gândesc la trecut şi părţi care se gândesc la viitor ... poate că există

sute de fațete ale personalității tale ... Ai învățat că pentru a avea o viață bună trebuie să utilizezi partea potrivită a personalității tale pentru acțiunea potrivită ... să fii capabil să folosești partea personalității tale care dorește să lucreze atunci când ai de lucru ... și să activezi partea personalității tale care dorește să se relaxeze atunci când ai încheiat lucrul ... permițându-ți o plăcută relaxare ... să apelezi la partea socială a personalității tale atunci când ești cu prietenii ... sau cu familia ... sau cu colegii ... să te bucuri de prezența lor ... și să folosești partea care dorește să fie singură atunci când îți acorzi un timp pentru tine însuți.

Ce înseamnă să trăiești fericit? ... Cred că înseamnă să treci de la o situație la alta ... cunoscând părțile personalității tale și utilizându-le așa cum trebuie ... cu artă ... întrebându-te mereu: «oare ce experiență doresc să trăiesc?» ... Și să fii capabil să gândești preventiv ... să poți gândi anticipat ... să alegi calea pe care trebuie să mergi pentru a ajunge acolo unde dorești să ajungi ... să-ți atingi obiectivele pe termen lung ... să nu alegi doar căile ușoare și familiare ... care te conduc acolo unde nu dorești să ajungi ... Este foarte plăcut să-ți dai seama ... să realizezi la nivel profund că poți face aceste lucruri ... că poți fii așa ... că poți trăi viața ca pe o minunată aventură ... Poți purta în sufletul tău un puternic sentiment de încredere și de optimism ... sentiment care te va întări atunci când te confrunți cu dificultățile vieții ... nutrind convingerea profundă că perioadele grele nu vor dura ... Vei continua să cauți noi experiențe ... să înveți ... să observi ... să experimentezi ... să alegi în cunoștință de cauză ... să alegi ceea ce este bine pentru tine ... Ai capacitatea și forța de a alege ceea ce dorești să faci ... ceea ce îți este favorabil ... Vei fi tot mai capabil să recunoști lucrurile pe care le poți controla ... de care ești responsabil ... și cele pe care nu le poți controla și de care nu ești responsabil ... Te simți foarte bine mergând înainte pe drumul vieții ... acceptând noi provocări ... ieșind învingător de pe urma încercărilor ... dezvoltând ceea ce este mai bun în ființa ta ... atunci când te confrunți cu viața pe care tu ți-o conduci ... Te îndrepți spre viitor ... și te simți mulțumit pentru că știi că porți în tine numeroase deprinderi, abilități și resurse pe care le-ai achiziționat între timp ... Folosește aceste resurse în avantajul tău ... folosește forța ta interioară ... Acordă-ți cât timp dorești pentru a procesa gândurile și sentimentele pe care le-ai trăit ... pentru a le integra cât mai bine în interiorul ființei tale ... și când te vei simți pregătit reorientează-te treptat aici și acum și permite ochilor tăi să se deschidă.

Revii din relaxare simțindu-te bine, odihnit, revigorat, încrezător în tine și de-a lungul întregii tale vieți, focalizează-te pe ideea că te simți bine."

XIII. Hipnoterapia la copii

Cohen și Olness (1993) subliniază faptul că primele lucrări sistematice de aplicare a hipnozei la copii au fost realizate în Marea Britanie încă din secolul al XIX-lea, aplicația cea mai frecventă fiind analgezia hipnotică.

În Statele Unite au început să fie raportate cazuri clinice în cadrul cărora a fost aplicată hipnoza la copii abia după anii 1960-1970. La ora actuală, hipnoterapia la copii se utilizează pe scară largă în țările cu tradiție în domeniul psihoterapiei pentru tratarea unor tulburări de comportament, pentru controlul durerii, precum și pentru reducerea unor simptome nevrotice sau psihosomatice. Aceiași autori afirmă că utilizarea hipnozei în pediatrie este mult mai facilă decât s-ar crede, deoarece aceasta presupune relaxare, utilizarea disponibilităților imaginative, precum și individualizarea comunicării în cadrul relației copil-terapeut.

Dacă definim hipnoza ca fiind o stare modificată de conștiință, caracterizată printr-o focalizare intensă a atenției în vederea atingerii unui obiectiv sau a actualizării unui potențial, se poate constata că mulți terapeuți induc hipnoza chiar fără să-și dea seama atunci când conduc discuțiile astfel încât copilul să asculte, să fie atent sau chiar absorbit de ceea ce se petrece.

Adesea, copiii trec, în mod spontan, din stare de veghe în stare de hipnoză și invers, atunci când privesc la televizor un film sau un joc sportiv, când ascultă o poveste, se joacă cu păpușile sau se lasă furați de jocuri imaginare.

Kuttner (1988) a observat faptul că mai ales la copiii mici nu există o delimitare precisă între real și imaginar.

Transele spontane sunt utile pentru obținerea unui bun climat afectiv, pentru înțelegere și, la fel ca și cele induse în mod deliberat, acestea se caracterizează prin concentrarea atenției spre interior, prin adâncirea în planul imaginar

şi prin sugestibilitate crescută. Ca şi în cazul adulţilor, stările de transă la copii pot fi identificate prin intermediul unor indicatori observabili:

- Dacă ochii sunt deschişi, copilul priveşte fix, adesea fără să clipească.
- Dacă ochii sunt închişi, se observă tremurul pleoapelor, urmat de mişcări ale globilor oculari, mişcări care au loc sub pleoape.
- Atitudine liniştită fără ca aceasta să fie sugerată (copilul nu se mişcă pe scaun, fapt destul de rar întâlnit la copiii sub 5-6 ani).
- Reducerea spontană (nesugerată) a ritmului respirator.

Spontană sau indusă în mod deliberat, transa se caracterizează, printre altele, şi prin focalizarea puternică a atenţiei copilului asupra terapeutului, cât şi prin interpretarea ad-litteram a ceea ce se spune în timpul actului de comunicare.

Aşa cum am mai subliniat, în cazul copiilor este mai greu de stabilit când începe şi când se sfârşeşte hipnoza, specialiştii în domeniul hipnozei la copii convingându-se tot mai mult de faptul că tehnicile de inducţie standardizate nu sunt chiar atât de importante cum ar părea la prima vedere.

Importantă este însă observarea atentă a copilului în timpul interacţiunii terapeutice, interacţiune care trebuie să se bazeze pe relaţii calde şi apropiate, precum şi pe o puternică alianţă terapeutică.

Adesea, hipnoza debutează chiar în momentul în care terapeutul ia primul contact cu copilul. Astfel, dacă acesta iese din cabinet şi spune „Aş vrea să stau de vorbă cu Andreea", în loc să se adreseze formal: „Este rândul familiei Ionescu", copilul se va identifica pe sine însuşi şi îşi va concentra atenţia asupra terapeutului care se va prezenta şi îl va invita în cabinet.

În cazul în care această intervenţie captează interesul copilului şi contribuie la stabilirea unei relaţii cu acesta, o putem califica drept hipnotică.

Acest gen de abordare va trezi curiozitatea copilului de la prima întâlnire şi va contribui la stabilirea raportului pacient-terapeut.

În cadrul şedinţelor viitoare se pot utiliza atât metode de inducţie hipnotică standandizate, cât şi tehnici care induc o transă spontană, ambele conducând la rezultate eficiente sub aspect teoretic.

Cum, când şi de ce utilizăm hipnoza la copii, precum şi alegerea tehnicii adecvate depind de o serie de variabile ce ţin de terapeut, problema şi personalitatea copilului, configuraţia familială, precum şi de alte aspecte situaţionale (Cohen şi Olness, 1993, 360).

O altă problemă constă în stabilirea vârstei de la care poate fi aplicată hipnoza la copil. Cohen şi Olness (1993) sunt de părere că vârsta contează mai puţin comparativ cu nivelul de maturizare, inteligenţă, gradul de însuşire a limbajului verbal, precum şi cu abilitatea de concentrare şi menţinere a atenţiei asupra unor stimuli interni sau externi.

Pentru a testa capacitatea copilului de a intra în hipnoză, terapeutul trebuie să constate dacă acesta este interesat de conţinutul unei cărţi cu poze, al unei poveşti spuse seara la culcare sau dacă ascultă şi participă afectiv la povestirile prezentate pe casete audio, video sau la televizor.

Terapeutul va induce hipnoza ţinând seama de vârsta mentală a copilului, de particularităţile personalităţii acestuia, de interese şi preferinţe, de lucrurile care nu-i plac sau de care se teme, de situaţia familială, de experienţele anterioare, precum şi de istoria vieţii acestuia.

Experienţa noastră clinică a demonstrat că este mai indicat să nu se utilizeze termenul de hipnoză decât în situaţii speciale, cunoscut fiind faptul că orice hipnoză nu este altceva decât o relaxare mai profundă sau o autohipnoză. Din acest motiv este mult mai recomandabilă folosirea termenului de relaxare. Se explică, de asemenea, familiei şi copilului faptul că nu se va putea obţine nimic, decât în cazul în care copilul este motivat să se schimbe şi să înveţe ceva.

Tehnici de inducţie la copii

Un terapeut nu va impune ceva anume pacientului, ci va respecta nevoile, dorinţele şi mecanismele defensive ale acestuia, activând expectaţiile şi resursele pacientului în vederea stimulării schimbării terapeutice.

Aceste elemente nu sunt valabile doar pentru adulţi, ci şi pentru copii.

După stabilirea raportului terapeutic, consolidarea relaţiei afective cu copilul, explicarea problemei şi metodei ce urmează a fi aplicată, psihoterapeutul trebuie să obţină consimţământul copilului şi să-l motiveze să lucreze pentru a-şi rezolva problema.

Urmează apoi trecerea la inducţia hipnotică propriu-zisă.

Terapeutul trebuie să obţină informaţii în legătură cu ceea ce crede copilul despre faptul că a fost adus la tratament, cât şi despre expectaţiile sale cu privire la ceea ce se va întâmpla în prezent, precum şi în şedinţele viitoare.

Explicaţiile terapeutului trebuie să pornească de la ceea ce crede şi spune copilul. Acesta îşi va construi demersul psihoterapeutic pe baza informaţiilor obţinute de la pacient. Astfel, în cazul unui copil care se prezintă la terapie pentru dureri de cap, terapeutul va trebui să afle ce activităţi îi plac acestuia şi pe care nu le poate desfăşura atunci când are dureri de cap, precum şi care sunt circumstanţele în care nu se înregistrează dureri de cap. Pe baza acestor informaţii se va construi scenariul imaginaţiei dirijate. („Atunci când te doare capul, imaginează-ţi că te afli cu bunica la ţară, unde te simţi foarte bine, liniştit, fericit şi nimic nu te deranjează... etc.").

Este importantă, de asemenea, cunoaşterea modalităţii senzoriale dominante (vizuală, auditivă, kinestezică) în care operează copilul, pentru a putea construi sugestiile care vor acţiona cel mai eficient.

Ca şi în cazul hipnoterapiei la adulţi, terapeutul va trebui să explice copilului ce înseamnă hipnoza şi să înlăture prejudecăţile legate de fenomenul hipnotic, prejudecăţi bazate pe experienţele personale ale copilului sau familiei în urma confruntării cu hipnoza de estradă sau cu prezentările neştiinţifice din mass-media.

Explicaţiile date copilului trebuie elaborate şi în funcţie de vârstă şi nivelul cultural al acestuia. Astfel, terapeutul va putea spune ceva de genul următor:

„Eu sunt un bun antrenor care îi poate ajuta pe copii să-şi folosească mintea pentru a scăpa de unele probleme, cum este durerea ta de cap" (Kohen şi Olness, 1993, 357).

Apoi acesta va afirma în continuare că hipnoza seamănă cu anumite fenomene care au loc în viaţa cotidiană, cum ar fi visarea cu ochii deschişi sau jocurile în care copilul se preface că este altcineva.

Kohen şi Olness (1993, 357) propun şi realizarea unui mic experiment împreună cu copilul şi părintele:

„Haideţi să facem un experiment. Toată lumea închide ochii şi se preface că nu este aici... că este acasă sau în altă parte..., acolo unde ne simţim bine, liniştiţi şi fericiţi. Rămâneţi acolo câteva minute. E bine aşa. Observaţi cine se află împreună cu voi acolo, auziţi sunetele, vă bucuraţi de ceea ce se petrece. Veţi putea apoi să povestiţi ceea ce aţi văzut şi simţit, dar puteţi să nu o faceţi, pentru că este vorba de imaginaţia dumneavoastră care v-a ajutat să vă autohipnotizaţi şi voi sunteţi cei care controlaţi fenomenul. Aţi observat poate că ceva s-a întâmplat, că respiraţia s-a calmat, că staţi liniştit, că v-aţi relaxat. Trupul vostru ştie că mintea îşi imaginează ceva şi, din acest motiv, se relaxează. Este ca şi cum mintea ar sta de vorbă cu trupul. Nu-i aşa că este interesant?"

În urma acestui mic experiment, părinţii şi copilul care erau speriaţi se destind, se simt bine şi astfel terapeutul va sădi „sămânţa" viitoarei intervenţii.

La încheierea şedinţei, terapeutul va spune în continuare:

„Data viitoare când vei veni la mine, ne vom vedea între patru ochi şi vom învăţa împreună cum să-ţi foloseşti imaginaţia ca să scapi de problema ta".

Adesea este necesar să se dea şi astfel de explicaţii, utile atât pentru părinţi, cât şi pentru copil:

„Mulţi copii care prezintă o asemenea problemă se vindecă dacă învaţă să-şi utilizeze mintea pentru a ajuta corpul. Unii autori numesc acest procedeu relaxare, alţii autohipnoză sau imaginaţie dirijată. Copiii care au practicat această metodă spun că ea seamănă cu visarea cu ochii deschişi sau cu situaţia în care privesc la televizor sau ascultă muzică şi nu mai observă ce anume se petrece în jurul lor.

La copiii preşcolari se poate utiliza inducţia prin intermediul tehnicii imaginării dirijate (Kohen şi Olness, 1993, 365).

„Pentru început, tot ceea ce trebuie să faci este să visezi sau să mimezi că faci ceva care îţi place foarte mult. Eu nu ştiu la ce te vei gândi, vei descoperi aceasta singur pentru că mintea ta interioară îţi va spune ce trebuie să faci. Unora dintre copii le place să închidă ochii atunci când îşi imaginează ceva; şi tu poţi să-i închizi sau poţi să-i laşi deschişi, pentru că tu eşti şeful corpului tău şi minţii tale. Eu nu sunt decât antrenorul tău şi nu ştiu la ce anume vei visa sau cine te vei preface că eşti. Poate vei dori să fii Făt-Frumos sau Răţoiul Donald sau poate că o să-ţi închipui că eşti la bunici la ţară sau cu părinţii la mare. Te rog să dai din cap atunci când crezi că eşti cu adevărat acolo unde ţi-ai propus".

Psihoterapeutul care aplică hipnoza la copii are o şansă mai mare de succes dacă va primi răspunsuri afirmative la următoarele întrebări:

- S-a stabilit o relaţie afectivă pozitivă între copil şi terapeut?
- Are copilul un scor cel puţin mediu la scalele de susceptibibitate hipnotică pentru copii?
- Este mai mare câştigul obţinut datorită rezolvării problemelor copilului în raport cu beneficiul secundar?
- Nu are copilul tulburări psihice care ar putea fi agravate prin aplicarea hipnozei (epilepsie, schizofrenie)?
- Este copilul motivat să-şi rezolve propriile probleme şi să participe activ la tratament?
- S-a realizat o evaluare corectă a etiologiei simptomelor organice şi s-a instituit tratamentul corespunzător?
- Este hipnoza indicată ca tratament de bază sau ca tratament adjuvant?
- Părinţii copilului sunt de acord? Este favorabilă atitudinea părinţilor faţă de hipnoză?

O primă etapă a hipnoterapiei la copii este aceea de pregătire, care se referă mai ales la părinţi. După Gardner (1974), această etapă se subîmparte în trei faze:

1. Faza de explicare-educare implică definirea hipnozei în termeni familiari părinţilor, distrugerea mitului referitor la pierderea controlului, înlăturarea temerilor referitoare la dehipnotizare.

2. Faza de observare – terapeutul îi încurajează pe părinţi să observe ce se petrece cu copilul în timpul inducţiei hipnotice. În prima şedinţă se lucrează cu copilul singur pentru evitarea inhibiţiilor faţă de părinţi. La şedinţa următoare,

copilul este întrebat dacă este de acord ca părinţii să asiste la şedinţă. Majoritatea copiilor sunt bucuroşi să arate ce au învăţat, dar există şi copii care nu acceptă separarea de părinţi. De aceea, prima inducţie se realizează în prezenţa părinţilor.

3. Faza de experimentare personală de către părinţi a stării hipnotice. Deşi această etapă nu este neapărat necesară pentru succesul hipnozei la copil, în cazul în care părintele acceptă, el trăieşte o stare de relaxare plăcută. Această stare de relaxare favorizează colaborarea dintre părinţi, copil şi terapeut.

Pregătirea copilului variază în funcţie de vârstă şi de condiţia lui medicală. Între 4 şi 6 ani se practică inducţia hipnotică prin joc. I se poate spune copilului că va învăţa o metodă prin care să fugă de situaţiile neplăcute şi să devină şeful propriului său corp. Pentru inducţie se folosesc povestiri legate de programul TV favorit, de personaje de basm, de jocuri sau păpuşi preferate. În cazul copiilor de 6-10 ani, se insistă pe faptul că hipnoza este o metodă care îi va ajuta să se relaxeze; li se spune că terapeutul îi va învăţa să utilizeze imaginile favorite pentru a se elibera de teamă, durere, pentru a deveni stăpâni pe senzaţiile şi trăirile lor. Marea majoritate a copiilor de peste 11 ani înţeleg fără multe explicaţii ce este relaxarea şi imaginaţia.

Josephine Hilgard şi Morgan (1978) afirmă că la copiii între 3 şi 6 ani inducţia hipnotică bazată pe imaginaţia dirijată este cea mai eficientă. După 6 ani, s-au constatat diferenţe mici din punctul de vedere al eficienţei diferitelor tehnici de inducţie.

Inducţia prin antrenarea copilului în joc imaginativ poate lua diferite forme: „să mergem în excursie cu personajul preferat"; „jucăriei favorite îi este somn"; „hipnotizarea păpuşii"; „tehnica televizorului interior". Adâncirea transei se poate face prin sugestii directe sau prin intermediul personajelor de basm prietene ale copilului. Se observă că foarte mulţi copii nu închid ochii şi se mişcă frecvent. Atunci apare întrebarea dacă ei se află cu adevărat în hipnoză.

Hilgard şi Morgan sunt de părere că aceşti copii se află în hipnoză şi au denumit această stare protohipnoză.

După vârsta de 6 ani, pot fi folosite şi tehnicile clasice de inducţie hipnotică: fixarea privirii, coborârea braţului. Aceste tehnici facilitează închiderea ochilor şi utilizarea imageriei vizuale cu conţinut relaxant (vizionarea programului TV favorit, deplasarea la locul preferat).

Aplicaţiile hipnozei la copii au în vedere următoarele:

- Reducerea durerii şi anxietăţii – în afecţiunile acute sau cronice, pentru a uşura suferinţele în fazele terminale ale unor boli, în boli psihosomatice (astm), în chirurgie, stomatologie;
- În tratamentul unor deprinderi greşite: ticuri, balbism, onicofagie, enurezis, encomprezis.

Terapeutul trebuie să verifice gradul de hipnotizabilitate a copilului (se poate face cu ajutorul scalei Stanford pentru copii) şi să se convingă dacă copilul înţelege termenul de relaxare. În caz contrar, i se explică termenul cu ajutorul unor expresii ca: „lasă-te dus", „te simţi ca o păpuşă de cârpă".

Pentru exemplificare vă oferim următorul model de instructaj (după Arlene Morgan şi Josephine Hilgard): Te voi învăţa astăzi nişte lucruri interesante despre imaginaţie. Mulţi copii spun că este un joc plăcut. Îţi voi cere să te gândeşti la diferite lucruri şi vom vedea cum funcţionează imaginaţia ta. Unii copii îşi imaginează mai uşor anumite lucruri decât alţii. Ascultă-mă cu atenţie şi lasă lucrurile să se întâmple de la sine. Stai comod în fotoliu şi hai să ne închipuim diferite lucruri. Te rog, închide ochii pentru că aşa îţi vei putea închipui mai bine ceea ce îţi spun. Acum aş vrea să-ţi închipui că faci pluta într-un colac, într-un bazin cu apă călduţă. Ei, cum e? Acum închipuie-ţi că pluteşti pe un nor alb, pufos, moale. Cum e? Deschide ochii! Te voi învăţa să te simţi tot mai bine, tot mai relaxat, pentru că aşa îţi poţi imagina mai bine diverse lucruri. Acum ridică mâna şi uită-te la păpuşa de pe unghia ta ascultând cu atenţie ce-ţi spun. Încearcă să te gândeşti doar la ceea ce îţi voi spune eu. Lasă corpul moale, relaxat, liniştit. Şi pleoapele se relaxează, devin tot mai grele, tot mai grele. Cu cât te uiţi la păpuşa de pe unghia degetului tău, cu atât pleoapele devin grele, tot mai grele. Începi să clipeşti, clipeşti tot mai mult şi asta e bine. Înseamnă că te relaxezi tot mai bine, continuă să priveşti păpuşa şi să asculţi doar vocea mea. Pleoapele tale sunt grele, tot mai grele. Curând, ele vor deveni atât de grele, încât nu vei mai putea ţine ochii deschişi. Lasă ochii să se închidă, dacă simţi că trebuie să o faci. Dacă ochii s-au închis, lasă-i aşa! Te simţi bine, relaxat, liniştit. Acum voi începe să număr de la 1 la 10 şi vei simţi cum corpul tău se relaxează tot mai mult. Te vei relaxa tot mai mult, în timp ce mă asculţi cum număr: 1 – eşti tot mai relaxat, te simţi atât de bine; 2 – tot mai relaxat, tot mai liniştit; 3, 4, 5, 6 – eşti mai relaxat, şi mai relaxat, pleoapele tale sunt tot mai grele, şi mai grele. Te simţi atât de bine, e atât de bine să te laşi dus de vorbele mele şi să te relaxezi complet; 7, 8, 9 – eşti foarte relaxat, foarte relaxat, e bine să te laşi dus de vorbele mele; 10 – dacă copilul ţine încă mâna sus, i se dă următoarea comandă: „Acum lasă mâna să se odihnească, lasă mâna să se odihnească liniştită pe fotoliu"; dacă copilul nu a închis ochii, i se dă următoarea comandă: „Acum închide ochii şi relaxează-te, lasă ochii să rămână închişi".

Pentru copiii de 4-6-8 ani, care nu se pot relaxa şi nu vor să închidă ochii (copiii foarte mici şi anxioşi), recomandăm următorul instructaj: „Aş vrea să-ţi povestesc cum poate cineva să-şi folosească imaginaţia pentru a simţi diverse lucruri. Ştii ce e aia imaginaţia? Ştii ce înseamnă să te faci că...? Nu ţi se întâmplă să spui că tu erai altcineva: zână, Făt-Frumos, motanul Tom? Dacă ai

putea să faci doar ceea ce îți place, ce ai prefera? Care sunt lucrurile pe care îți place să le faci cel mai mult pe lumea asta? (Se investighează interesele copilului, apoi se alege activitatea preferată și i se cere să-și imagineze că o realizează în plan mental).

Prezentăm mai jos un caz de abordare psihoterapeutică permisivă la un pacient cu migrenă (Bellet, 2002, p. 220).

Cedric, în vârstă de 9 ani, este adus la cabinetul de psihoterapie pentru că suferă de migrene intolerabile de mai mulți ani. În ziua consultației se prezintă la cabinet întreaga familie compusă din mamă, tată, fratele cel mai mic și pacientul. Prezența mai multor persoane a furnizat terapeutului informații prețioase referitoare la contextul general în care se manifestă simptomul. Părinții aveau o atitudine sobră și pesimistă.

După prezentările obișnuite, terapeutul angajează următorul dialog cu Cedric.

T: Știi de ce te afli aici, în cabinet?

C: Da, pentru că sufăr de migrene.

T: Migrenele tale sunt foarte puternice, nu-i așa?

C: Da, foarte puternice!

T: Și durează mult?

C: Da.

T: Cât de mult?

C: Trei minute!

T: Pe zi sau trei minute pentru fiecare criză?

C: Pe zi!

Terapeutul observă atent familia și constată că răspunsul copilului nu li s-a părut neobișnuit părinților, care parcă au devenit și mai întunecați.

Terapeutul s-a decis să discute despre altceva, întrebându-l pe copil despre modul în care își petrece vacanța și apoi a revenit la subiect.

T: Ai observat în ce situații apar crizele tale?

C: Atunci când fac ceva rău!

Terapeutul se informează dacă Cedric știe să citească bine ora după ceas.

T: Câte ore sunt într-o zi?

C: 24 de ore.

T: Câte minute are ora?

C: 60 de minute.

T: Ia să vedem câte minute are o zi?

Pentru a găsi răspunsul copilul a cerut un calculator de buzunar și a găsit soluția: ziua are 1440 minute.

T: Cu alte cuvinte, tu ai o migrenă pe zi timp de 3 minute atunci când faci ceva rău?

C: Da.

T: Bine. Să socotim câte minute din cursul zilei faci lucruri bune.

C: 1437 de minute.

T: 1437 de minute în care faci numai lucruri bune!

Copilul a zâmbit, s-a destins, părând că a înțeles despre ce este vorba. Nu același lucru s-a petrecut și cu părinții care nu înțelegeau altceva decât faptul că terapeutul făcea calcule împreună cu Cedric.

După această întrevedere, migrenele copilului au încetat brusc și nu au mai apărut niciodată. În schimb, după câteva luni, mama s-a prezentat la consultație pentru propriile probleme.

XIV. În loc de încheiere: Aplicațiile hipnozei clinice

Yapko (1995) este de părere că hipnoza poate fi utilizată în terapia sau optimizarea oricărei situații umane în care atitudinile subiectului joacă un anumit rol.

1. Hipnoza medicală

Hipnoza reprezintă un demers auxiliar în tratamentul a numeroase afecțiuni somatice din următoarele rațiuni:

- datorită relației dintre psihic și somatic, precum și posibilității unei intervenții asupra laturii emoționale și atitudinale a subiectului;
- hipnoza pune accentul pe responsabilitatea subiectului în legătură cu starea sa de sănătate, practicarea acesteia oferindu-i un anumit sentiment de autocontrol asupra experiențelor sale interne (Brown și Fromm, 1987; Brown, 1992).

Aplicațiile hipnozei în domeniul medical sunt foarte variate și vizează câștigarea autocontrolului asupra unor procese fiziologice.

Prezentăm în cele ce urmează indicațiile hipnozei în medicină (Bellet, 2002, p. 227):

Neuropsihiatrie: migrene, cefalee, insomnii, ticuri, anxietate, tulburări depresive ușoare (nevrotice), fobii, tulburări obsesiv-compulsive, atacuri de panică, nevroze traumatice, anorexie, bulimie, alcoolism (incipient), tulburări de comportament (agresivitate), tulburări de memorie, tulburări datorate stresului.

Psihoterapie (consiliere psihologică): probleme familiale, dazadaptări la locul de muncă, reacții de doliu, anxietate, trac de examene.

Combaterea durerii acute și cronice: arsuri, dureri la nivelul membrului fantomă, nevralgii etc.

Anestezie: intervenții chirurgicale și tratamente stomatologice.

Patologie cardiovasculară: componentele psihologice din cadrul tulburărilor de ritm cardiac, hipertensiune esențială.

Dermatologie: eczeme, zona zoster, psoriazis, peladă, prurit.

O.R.L.: vertij, acufene, disfonii, tuse spasmodică.

Aparat respirator: bronșită astmatiformă, astm bronșic.

Aparat locomotor: recuperare în cazuri de hemiplegii, traumatisme craniocerebrale, combaterea durerii în cazul afecțiunilor locomotorii.

Obstetrică-ginecologie: psihoterapie în tratamentul sterilității, pregătire pentru naștere.

Sexologie: frigiditate, dispareunie (act sexual dureros), impotență, ejaculare precoce, tulburări ale libido-ului.

Pediatrie: astm la copil, tulburări de somn, afecțiuni dermatologice, enurezis.

Gastro-enterologie: ulcer gastrointestinal, componentele psihologice ale tulburărilor de tranzit intestinal, colite, rectocolite hemoragice, maladia Crohn.

Terapia fumatului.

Psihologie sportivă: pregătire și asistență psihologică pentru competiții.

Urgențe medicale (traumatologie).

Îngrijiri paliative: pacienți cu afecțiuni grave, în stadiu final.

Poate una dintre cele mai importante aplicații se referă la reducerea sau eliminarea durerii în absența medicamentelor (Spanos, 1989; Chaves, 1993).

De asemenea, hipnoza poate fi utilizată în prevenirea și managementul stresului, de unde rezultă utilitatea ei în tratamentul unor afecțiuni psihosomatice: hipertensiune arterială, ulcer, gastrite, colite, astm bronșic etc.

Hipnoza și-a dovedit utilitatea și în întărirea mecanismelor imunologice de apărare ale organismului, de aici decurgând posibilitatea utilizării ei în bolile grave cum ar fi cancerul sau SIDA. În aceste cazuri, studiile clinice au evidențiat o evoluție mult mai bună a pacienților la care hipnoza a fost utilizată împreună cu tratamentul de specialitate.

Hipnoza poate fi folosită și în accelerarea și optimizarea proceselor de vindecare sau recuperare după îmbolnăvire sau accident.

Yapko (1995) atrage atenția asupra faptului că hipnoza nu trebuie să se substituie tratamentelor medicale, ci se recomandă în completarea acestora.

În stomatologie, hipnoza poate fi aplicată pentru reducerea anxietății legate de tratamentele respective, pentru atenuarea sau înlăturarea durerii (analgezie sau anestezie), precum și pentru sugerarea scăderii afluxului de sânge în zona unde se lucrează (se evită hemoragiile).

De asemenea, se poate sugera şi accelerarea procesului de vindecare după intervenţia stomatologică.

Alte domenii de aplicare a hipnozei:

1. În justiţie

Problema mărturiei sub hipnoză este controversată, marea majoritate a autorilor fiind de părere că informaţiile obţinute pe această cale pot fi modificate, fie datorită faptului că subiectul umple golurile mnezice cu elemente ce ţin de imaginaţie, fie datorită caracterului sugestiv al unor întrebări care pot induce anumite tipuri de răspunsuri.

2. Educaţie

Indiferent dacă se predă la preşcolari sau la doctoranzi, o tehnică eficientă de predare conţine numeroase elemente asemănătoare cu hipnoza: relaxare, utilizarea imaginaţiei dirijate, captarea şi concentrarea atenţiei etc.

Hipnoza şi autohipnoza pot fi utilizate şi în mod deliberat pentru a reduce anxietatea legată de examene, pentru creşterea capacităţii de concentrare a atenţiei, sau pentru o mai eficientă organizare a materialului care trebuie învăţat.

3. Afaceri

În lumea afacerilor, inducţia clasică a hipnozei este mai puţin utilizată, în schimb se pot aplica tehnici sugestive de influenţare a comportamentului.

Aşa cum am mai subliniat, Yapko (1995) definea hipnoza ca fiind un proces de comunicare eficientă şi din această perspectivă devine evident faptul că omul de afaceri care este convingător, flexibil şi creativ va avea mai mult succes.

Comunicarea eficientă de tip sugestiv poate fi utilizată în prezentarea unor planuri de marketing, în abordarea unor subordonaţi sau şefi dificili, în realizarea unor interviuri, evaluări, în clarificarea unor expectaţii profesionale sau în crearea unui climat profesional pozitiv.

Trebuie subliniat faptul că în lumea afacerilor, influenţarea şi manipularea au loc oricum, problema fiind însă în ce măsură modelele de comunicare existente influenţează participanţii în direcţia dorită (Korn, Pratt şi Lambron, 1987; Alman şi Lambron, 1992).

4. Sport

Sportul de înaltă performanţă presupune un autocontrol al stărilor psihice şi fizice, precum şi o bună capacitate de concentrare a atenţiei, obiective ce pot fi atinse cu ajutorul hipnozei.

De asemenea, hipnoza şi autohipnoza pot contribui la reducerea tracului competiţional, a lipsei de încredere în sine, la construirea unor expectaţii pozitive în raport cu competiţia, precum şi la optimizarea dialogului interior al sportivului cu sine însuşi.

Adesea, sportivii care nu au suficientă încredere în ei au o imaginaţie vizuală negativă care conduce la eşec şi care poate fi modificată sub hipnoză şi autohipnoză.

Desigur, hipnoza nu modifică aptitudinile şi deprinderile sportivilor, dar îi poate ajuta să le valorifice la maximum pe cele existente.

5. Hipnoza şi psihoterapia

Orice tehnică psihoterapeutică are menirea să-l ajute pe individul perturbat în aşa fel încât acesta să se simtă mai bine.

Yapko (1995) este de părere că hipnoza nu reprezintă o psihoterapie prin ea însăşi, ci un instrument în cadrul unei tehnici terapeutice, rolul său constând în accesarea unor resurse din inconştientul subiectului.

Hipnoza poate contribui la reducerea sau dispariţia simptomelor în cadrul psihoterapiei centrate pe simptom, la rezolvarea unor conflicte intrapsihice, precum şi la actualizarea unor disponibilităţi psihice latente.